CONGRÈS MÉDICAL DE TUNIS

11 - 12 - 13 Avril 1938

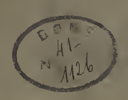
VIIIe RÉUNION ANNUELLE DE LA FÉDÉRATION
DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES
DE L'AFRIQUE DU NORD

TOME II



COMMUNICATIONS
CONFÉRENCES
MANIFESTATIONS DU CONGRÉS





ARTYPO
42, Rue de Naples - Tél. 39.10
TUNIS

CONGRÈS MÉDICAL DE TUNIS

11 - 12 - 13 Avril 1938

VIII[e] RÉUNION ANNUELLE DE LA FÉDÉRATION
DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES
DE L'AFRIQUE DU NORD

TOME II

COMMUNICATIONS

CONFÉRENCES

MANIFESTATIONS DU CONGRÉS



ARTYPO
42, Rue de Naples - Tél. 39.10
TUNIS

COMMUNICATIONS

La Réaction de Weil-Félix dans le Trachome au point de vue épidémiologique

par L. POLEFF et NAIN

En même temps que se poursuit activement l'étude des formations rickettsoïdes, trouvées dans le trachome, et que beaucoup d'auteurs considèrent actuellement comme l'agent causal de la maladie, il a paru important de rechercher, bien que le trachome présente le caractère d'une affection locale, s'il y a, chez les malades trachomateux, production d'anticorps spécifiques ou paraspécifiques, comme le fait se produit régulièrement dans les maladies infectieuses à rickettsies.

Dans ce but, les sérums sanguins de 100 malades trachomateux à divers stades de la maladie, ainsi que 10 sérums témoins (maladies d'yeux diverses), ont été examinés en vue de rechercher leur pouvoir d'agglutination sur deux souches de Proteus O X 19 (Job Metz) et N D (Blanc et Noury) employées couramment à l'Institut d'Hygiène de Rabat pour les réactions de W.-F. dans les fièvres exanthématiques. Tous ces cas ont été soigneusement examinés au point de vue ophtalmologique et également au point de vue général, de façon à exclure la possibilité d'une infection typhique en incubation ou guérie, ou d'une vaccination contre le typhus. D'autre part, les résultats obtenus ont été comparés à ceux de W.-F. pratiqués : 1° dans les trois fièvres exanthématiques de la zone méditerranéenne : typhus historique, typhus murin et fièvre boutonneuse; 2° dans quelques cas de fièvre typhoïde (période d'état ou convalescence); 3° à titre de contrôle général, sur des sérums témoins, provenant uniquement d'européens, non fébricitants, à B. W. ou Vernes résorcine positifs

ou non et offrant le minimum de chance d'être porteurs de lésions trachomateuses.

Voici les conclusions de ces recherches :

1° Le sérum du sang des malades atteints de trachome possède un pouvoir agglutinant vis-à-vis du Proteus O X 19 analogue à celui que décèle la réaction de W.-F. dans le typhus exanthématique.

2° Les sérums témoins provenant de malades indemnes de trachome ou de sujets non fébricitants n'agglutinent le Proteus que dans la minorité des cas et à des taux beaucoup plus bas que dans le trachome.

3° En fixant, suivant l'usage, le taux minimum de 1/100 pour considérer la réaction de W.-F. comme positive, nous pouvons comparer le pourcentage global des réactions positives comme suit : pour le typhus historique (821 cas) et typhus murin vaccinal (4), toujours positifs — pour le trachome (100 cas), 51 % — pour les sujets vaccinés d'après G. Blanc (111 cas), 14,5 % — pour la fièvre boutonneuse en période d'état (10 cas), tous négatifs; la même en période de convalescence (3), tous positifs — pour la fièvre typhoïde (7 cas) 2 positifs — pour les témoins non fébricitants (50 cas), 2 positifs.

4° Les taux et l'intensité d'agglutination dans le trachome actif sont beaucoup plus élevés (67 %) que dans le trachome cicatriciel (27 %), ce qui correspond aux données de Foley et Parrot sur la présence du virus (Rickettsia trachomatis) dans les stades correspondants de la maladie.

5° La constatation d'une réaction de W.-F. souvent positive dans le trachome est en faveur de la nature rickettsienne de cette maladie et peut être interprétée comme une réaction paraspécifique du groupe des rickettsies.

6° Sa valeur diagnostique pour le trachome nécessite encore des recherches détaillées.

7° Son importance épidémiologique générale concerne le séro-

diagnostic du typhus et entraîne la nécessité d'exclure le trachome dans les cas de W.-F. faiblement positifs.

8° La réaction de W.-F. dans le trachome comporte aussi bien que dans le typhus un caractère de non spécificité, et elle ne peut prétendre à être considérée comme pathognomonique.

Trachome et Proteus

par Paul DURAND et Ugo LUMBROSO

Dans une note présentée à la séance du 12 février 1938, de la Société de Biologie, M. Noury donne les résultats de ses recherches concernant les rapports du trachome avec le bacille Proteus.

Sur 17 sérums de trachomateux, aucun n'a agglutiné le Proteus OX 19. (Le taux d'agglutination n'est pas indiqué; il semble que le taux minimum considéré soit 1/50). Sur 50 sérums de trachomateux, quatre ont agglutiné le Proteus OXN de 1/50 à 1/100.

Par contre, avec OXK, 21 sérums de trachomateux sur 40 ont réagi de 1/50 à 1/200.

M. Noury a constaté, en outre, des séro-réactions positives avec 23 sérums sur 51, en présence d'un germe particulier isolé par culture du sang de « quelques malades trachomateux ».

Aucune indication n'est donnée du comportement de sérums de non trachomateux dans les mêmes conditions.

Nous avons essayé de répéter, en milieu tunisien, les expériences de notre collègue.

Moins heureux que lui, nous n'avons obtenu, par culture du caillot sanguin de 56 trachomateux, aucun germe ressemblant même de loin au Proteus.

En ce qui concerne les agglutinations, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile d'examiner, à titre de témoins, en même temps que les sérums des trachomateux, des sérums d'individus ayant des

conjonctives normales ou atteints de conjonctives non trachomateuses.

En l'absence de toute indication de la technique d'agglutination suivie par M. Noury, nous avons utilisé celle qui est classique et dont nous avons depuis longtemps l'habitude : séjour de deux heures à 37° et lecture après 18 à 20 heures à la température du laboratoire.

Nous avons ainsi étudié 56 sérums de trachomateux (dont 29 de musulmans, 16 d'israélites, 11 d'européens) et 19 de non trachomateux (12 de musulmans, 3 d'israélites, 4 d'européens).

Les Proteus utilisés ont été OX 19, OX 2, OXK, OXL, en prenant toutes précautions pour que les deux dernières souches, qui ont naturellement tendance à passer de la forme O à la forme H, se présentent sous la première forme. Le Proteus OX 2 n'a donné en tout que deux agglutinations incomplètes à 1/50. Nous n'en parlerons plus.

Avec les 3 autres, nous avons eu des réactions allant d'une agglutination nulle à 1/25 à une agglutination complète à 1/400, aussi bien chez les trachomateux que chez les témoins. Il nous a semblé que la méthode de comparaison la moins mauvaise des groupes consistait à faire la moyenne des taux d'agglutination dans chacun d'eux.

Ces moyennes sont indiquées dans le tableau suivant :

TRACHOMATEUX				NON TRACHOMATEUX			
	0 X 19	OXK	OXL		OX 19	OXK	OXL
Total 56.......	1/85	1/109	1/74	Total 19.......	1/50	1/146	1/82
Musulmans 25.	1/95	1/119	1/91	Musulmans 12.	1/67	1/164	1/87
Israélites 16...	1/100	1/106	1/66	Israélites 3....	1/17	1/166	1/150
Européens 11.	1/39	1/89	1/52	Européens 4 ..	1/52	1/75	1/44

Pour ne par surcharger ce tableau, voici à part les moyennes d'agglutination dans les cas de trachomes cicatriciels :

	OX 19	OXK	OXL
Musulmans	$\frac{1}{70}$	$\frac{1}{135}$	$\frac{1}{85}$
Israélites	$\frac{1}{75}$	$\frac{1}{75}$	$\frac{1}{58}$
Européens	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{25}$

Nos résultats sont très différents de ceux de M. Noury. En effet, les agglutinations avec OX 19 sont loin d'être négligeables chez les musulmans et les israélites; elles ont lieu à un taux un peu plus élevé chez les trachomateux. On ne saurait, cependant, oublier que le typhus sévit depuis plusieurs années en Tunisie, et qu'on a vacciné assez largement contre ce fléau. Ces conditions se retrouvent d'ailleurs au Maroc.

Le Proteus le plus fortement agglutiné est OXK; il l'est à peu près régulièrement à un plus haut degré chez les non trachomateux.

Pour le Proteus OXL, la différence entre les deux groupes est moins frappante.

Nous pensons que les variations des taux moyens d'agglutination, dans nos divers groupes, sont un effet du hasard; elles devraient disparaître si nous avions opéré sur de plus grandes séries. La comparaison des réactions de nos sujets trachomateux avec celles des témoins, ne nous permet pas de penser à un rapport entre le trachome et l'agglutination des souches de Proteus que nous avons utilisées.

Les Vitamines dans le Trachome

par Paul DURAND et Ugo LUMBROSO

L'action des vitamines sur certaines lésions, telles que la Xerophtalmie, a incité à les utiliser dans de nombreux cas de lésions du tégument, telles que les ulcérations consécutives aux vastes brûlures.

Quelques oculistes ont suivi cet exemple et appliqué ce traitement en dehors de la xérophtalmie et de la kératomalacie, à toute une série de maladies du segment extérieur de l'œil : conjonctivite chronique et folliculaire, kérato-conjonctivite folliculaire, kératites d'origine les plus diverses, surtout thermiques et chimiques, kératite herpétique, etc... D'après la plupart d'entre eux, nous avons dans la carotine un moyen thérapeutique qui exerce, objectivement et subjectivement une action favorable sur les différents processus inflammatoires sus-mentionnés.

Tout dernièrement, quelques ophtalmologistes américains ont pensé à étudier les rapports entre certaines avitaminoses et l'évolution du trachome.

Ces rapports apparaissent probables dans une maladie comme le trachome qui atteint en fait des individus mal nourris ou présentant souvent certaines constitutions particulières, telles le lymphatisme, dont la thérapeutique de choix est l'ingestion de vitamines surtout A et D.

Kendall et Gifford (1931) avaient constaté la grande diffusion du trachome chez les indiens dont le régime est très pauvre en vitamiee A. Pour vérifier si l'avitaminose augmente la réceptivité au trachome, ils inoculèrent le Bacterium granulosis et du matériel tra-

chomateux à des rats blancs, laissés à une diète pauvre en vitamine A. Leurs expériences échouèrent.

Rice et collaborateurs (1934) étudièrent les effets de l'avitaminose dans le développement du trachome et dans son évolution sur 30 sujets. Il ne leur parut pas qu'un régime équilibré eût une influence quelconque sur l'évolution de cette maladie.

Les autres auteurs, Paschkowski (1935), Rachewski (1935), Towbin (1935), Germer et Kullijewa (1936), Mitcherski (1937), qui se sont occupés de l'application du traitement vitaminique dans les affections oculaires, n'ont pas expérimenté sur le trachome et, presque tous, n'ont utilisé qu'un traitement local.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'action possible sur les lésions trachomateuses de la cornée, d'un traitement vitaminique intensif. Nous avons choisi un certain nombre de malades que nous avions en traitement depuis très longtemps, atteints d'un trachome tenace rebelle et présentant surtout des lésions cornéennes récidivant, souvent deux fois dans le même mois, sous la forme de petits ulcères superficiels, la plupart du temps multiples et accompagnés de pannus. Nous avons choisi, exprès, des malades que nous connaissions depuis longtemps, car de cette façon seulement, nous pouvions juger de l'efficacité du nouveau traitement. Tous nos malades présentaien, en dehors de leur maladie locale, un état général déficient, une constitution lymphatique et tous, excepté un, appartenaient à la classe la plus pauvre de la population tant indigène qu'européenne, qui par sa misère est certainement astreinte à un régime alimentaire insuffisant en vitamines. Le seul sujet de condition aisée était soumis depuis des années, par suite d'une maladie gastro-intestinale, à un régime exagérément sévère.

Le nombre des malades en observation se chiffre à 18. Nous leur avons appliqué un traitement vitaminique intensif, local et général. Le traitement local consistait en l'instillation d'un collyre à base de vitamines A, et le traitement général dans l'ingestion de doses massives de vitamine D, sous forme d'Ergorone, que nous faisions ingérer en notre présence à la dose de 7 c.c., 2 fois par semaine (dose normale pour adultes XX gouttes par jour), et par voie orale et dans

l'injection sous-cutanée de 5 c.c., 2 fois par semaine, de vitamine A sous forme de Flétase (dose normale XX gouttes par jour et par voie orale).

La plupart des malades, pendant la période de nos observations, n'ont pas reçu d'autre médication locale, ni générale. Tous supportèrent très bien ce traitement et n'ont jamais ressenti aucun trouble d'ordre général.

Quelques-uns d'entre eux présentant des lésions cornéennes très graves et auxquelles la thérapeutique vitaminique seule, au bout de deux semaines, n'avait pas encore apporté d'amélioration, ont été soumis à un traitement au nitrate d'argent et à l'atropine qui s'imposait.

Nous ne donnerons pas ici le protocole de toutes nos observations.

Elles se superposent à l'un des trois types que voici :

1° Guérison des lésions cornéennes;

2° Alternatives d'amélioration et d'aggravation persistant encore à ce jour;

3° Aucune action.

I. — *Observation-type avec guérison des lésions cornéennes.* — (A.H. : jeune fille israélite tunisienne, 16 ans).

O. D. Trachome en évolution. Très nombreux ulcères cornéens parsemés sur toute la cornée. Pannus. Réactions conjonctivales, irienne, périkératique et ciliaire très intenses.

14/1/38 : 1re injection de Flétase (5 c.c.);
16 — : 2e injection de Flétase (5 c.c.);
19 — : 1re dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
22 — : 3e injection de Flétase (5 c.c.).

Nous constatons une aggravation des lésions locales.

25/1/38 : 2e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
26 — : 4e injection de Flétase (5 c.c.);
30 — : 3e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);

31 — : 5[e] injection de Flétase (5 c.c.);
1/2/38 : 4[e] dose d'Ergorone (7 c.c. par os);
5 — : 6[e] injection de Flétase (5 c.c.).

Amélioration sensible des lésions cornéennes. Cette membrane est plus transparente, l'iris est moins myotique, les réactions périkératique et ciliaires sont plus atténuées.

7/2/38 : 5[e] dose d'Ergorone (7 c.c. per os);

10 — : 7[e] injection de Flétase (5 c.c.);

15 — : nouvelle aggravation des lésions locales. La cornée présente un semis d'innombrables petits ulcères localisés au pourtour de toute la cornée. Réaction ciliaire très intense, pupille très myotique. Nous instillons de l'atropine et continuons notre traitement vitaminé.

18/2/38 : 6[e] dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
18 — : 8[e] injection de Flétase (5 c.c.);
20 — : 7[e] dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
25 — : 9[e] injection de Flétase (5 c.c.);
26 — : amélioration de toutes les lésions;
28 — : 10[e] injection de Flétase (5 c.c.);
3/3/38 : 11[e] injection de Flétase (5 c.c.);
5 — : 12[e] injection de Flétase (5 c.c.);

10 — : les lésions cornéennes ont complètement disparu. Cette membrane est devenue normalement transparente. Les réactions irienne, ciliaire et périkératique ont complètement cédé. Les conjonctives sont moins enflammées mais conservent les caractères connus du trachome évolutif.

10/4/38 : aujourd'hui, c'est-à-dire un mois après la guérison cornéenne, cette malade n'a plus présenté de poussée inflammatoire de la cornée.

Sur les 18 malades observés dans ce travail, deux autres cas, en plus de l'observation-type ci-dessus, paraissent guéris de leur kératite récidivante au bout de deux mois de traitement général intensif : nos malades ont reçu dans ce laps de temps 12 injections de 5 c.c.

chacune de Flétase, c'est-à-dire 60 c.c., et 7 doses de 7 c.c. chacune d'Ergorone.

Donc, au total, trois cas calqués sur l'observation I.

II. — *Observation-type avec alternatives d'amélioration et d'aggravation.* — (S. S. : indigène de 14 ans, Tozeur). Trachome évolutif des deux yeux. Cornée trouble. Poussées récidivantes de pannus cornéen et de petits ulcères superficiels.

14/1/38 : 1re injection de Flétase (5 c.c.);
16 — : 2e injection de Flétase (5 c.c.);
17 — : 1re dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
19 — : 2e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
24 — : 3e injection de Flétase (5 c.c.).

Amélioration. Cornée plus transparente. Pannus légèrement résorbé.

26/2/38 : 3e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
31 — : 4e injection de Flétase (5 c.c.);
1/2/38 : 4e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);

2 — : pannus plus prononcé; cornée plus infiltrée. Nouvel ulcère du cadran supero-externe de la cornée. Myosis plus prononcé.
10/2/38 : 5e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
11 — : nouvelle amélioration des lésions cornéennes;
12 — : 5e injection de Flétase (5 c.c.);
14 — : nouvelle aggravation; nouveaux petits ulcères dans les cadrans inférieurs de la cornée;
15/2/38 : 6e injection de Flétase (5 c.c.);
20 — : 6e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
22 — : état stationnaire;
27 — : 7e injection de Flétase (5 c.c.);
2/3/38 : nouvelle aggravation. Pannus plus prononcé recouvrant presque totalement la cornée. Pupille plus myotique. Ce jour, au traitement général vitaminique, on ajoute un traitement local au nitrate d'argent et à l'atropine.

8e injection de Flétase (5 c.c.);
8/3/38 : 9e injection de Flétase (5 c.c.);

9 — : 7e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
15 — : amélioration des lésions; nous continuons le traitement local;
17/3/38 : 10e injection de Flétase (5 c.c.);
20 — : nouvelle aggravation du pannus;
25 — : 11e injection de Flétase (5 c.c.);
14/4/38 : à l'heure actuelle, c'est-à-dire après trois mois de traitement, la malade a passé cinq fois par des alternatives d'amélioration et d'aggravation, malgré qu'elle ait reçu 55 c.c. de Flétase et 49 c.c. d'Ergorone et le traitement local à base de nitrate d'argent et d'atropine.

Nous comptons sur nos 18 observations, 13 cas analogues ayant présenté des alternatives de répit et d'aggravation des lésions cornéennes. Les lésions conjonctivales trachomateuses n'ont jamais été influencées par le traitement.

III. — *Observation-type de traitement vitaminique sans aucune action.* — (A. S. : italien, 10 ans).

Trachome fortement granuleux, pannus, cornée trouble.

14/1/38 : 1re injection de Flétase (5 c.c.);
1re dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
16 — : 2e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
2e injection de Flétase (5 c.c.);
18 — : 3e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
3e injection de Flétase (5 c.c.);
22 — : 4e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
4e injection de Flétase (5 c.c.);
25 — : 5e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
5e injection de Flétase (5 c.c.);
Etat stationnaire.
1/2/38 : 6e injection de Flétase (5 c.c.);
6e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
7 — : 7e injection de Flétase (5 c.c.);
7e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
11/2/38 : 8e injection de Flétase (5 c.c.);
8e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);

18 — : 9e injection de Flétase (5 c.c.);
9e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);

Etat stationnaire;

25 — : 10e injection de Flétase (5 c.c.);
10e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
28 — : 11e injection de Flétase (5 c.c.);
11e dose d'Ergorone (7 c.c. per os);
3/3/38 : 12e injection de Flétase (5 c.c.);
11 — : 13e injection de Flétase (5 c.c.);
15 — : 14e injection de Flétase (5 c.c.).

A ce jour, c'est-à-dire après deux mois de traitement, cet enfant a reçu en tout : 14 injections de Flétase, 70 c.c. de cette vitamine A et par la bouche 55 c.c. d'Ergorone. Ce traitement n'a influencé en aucune façon l'état trachomateux de son œil. Quatre semaines après la fin du traitement vitaminique, il se présente dans les mêmes conditions.

Sur nos 18 observations, deux correspondent à ce type.

En définitive, nous comptons :

3 cas de guérison des lésions cornéennes;
13 cas avec alternatives d'amélioration et d'aggravation, qui à l'heure actuelle, c'est-à-dire après trois mois de traitement intensif vitaminique, se présentent encore dans les mêmes conditions qu'au début.

2 cas dont l'état est resté, après trois mois de vitaminothérapie, tout à fait stationnaire.

CONCLUSIONS

Si les lésions purement cornéennes de quelques cas (3 fois sur 18) paraissent avoir été influencé favorablement par un traitement vitaminique intensif A et D, les lésions conjonctivales trachomateuses ainsi que les pannus simples de la cornée de tous nos malades n'ont retiré aucun bénéfice de cette thérapeutique.

La Cure du Trachome par l'Iodure d'Argent Naissant

(Travaux de FRÉDÉRIC SÉDAN, Coléah 1880-1883)

Par JEAN-SÉDAN, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Marseille

Si mes antécédents personnels en trachomatologie étaient assez minces quand la Ligue me fit, dès sa fondation, il y a 14 ans, le grand honneur de m'appeler aux fonctions de Secrétaire général adjoint, mes antécédents héréditaires étaient par contre plus importants.

C'est en effet en 1880 que mon Père commença, à Coléah, la cure systématique du trachome par l'iodure d'argent naissant avec des résultats exceptionnellement brillants.

Ceci appelle dès l'abord une remarque. Le nitrate d'argent, employé pur et en solution, inspirait dès cette époque aux praticiens une appréhension profonde, au point que la majorité d'entre eux se privaient volontairement des immenses services qu'il pouvait rendre.

C'est à cette crainte du nitrate d'argent pur que nous devons la recherche de succédanés et en particulier l'emploi de l'iodure d'argent naissant préconisé en 1880 à Tours par Brame et qui, bien étudié, mis au point et profondément modifié, fut généralisé par mon père, en Algérie, de 1880 à 1883.

Notre génération a connu à nouveau ce que j'appelle « la fuite devant le nitrate d'argent » et la fortune des innombres sels colloïdaux d'argent dont la terminologie à peu près constante en OL est

populaire dans tous les publics, est due en grande partie aux craintes qu'inspirent aux praticiens les cas, à la vérité très rares, de brûlures cornéennes par le nitrate.

Nous convenons volontiers nous-mêmes que nous n'avons repris la cure systématique de la grande majorité de nos trachomateux hospitaliers par le nitrate d'argent que depuis le passage à Marseille, l'été dernier, de notre excellent collègue et ami Cohen-Boulakia.

Nous usions surtout jusque-là des « crayonnages » au cuivre associés au brossage ou mieux au curretage classique.
Les cures étaient longues et inconstantes.

Notre collègue nous conseilla de faire la plus large place aux frictions palpébrales avec du coton trempé dans la solution de nitrate au 1/100[e], sans nous priver pour cela du bénéfice des manœuvres mécaniques et surtout du brossage, chez les florides.

Les résultats de cette thérapeutique systématique sur un grand nombre de sujets furent réellement remarquables et nombre de malades reçus au début avec photophobie, larmoiement et impossibilité absolue de travailler, purent en deux ou trois semaines reprendre une activité professionnelle rémunératrice.

Le cas le plus typique est celui de nos vieux clients hospitaliers à qui furent appliqués depuis l'automne 1937 la méthode au nitrate d'argent et qui proclamèrent eux-mêmes l'incomparable supériorité de celle-ci et adressèrent à notre consultation nombre de trachomateux peu satisfaits du cuivre traditionnel. De ce fait, le nombre des trachomateux venus nous demander secours à presque doublé en six mois.

Le changement radical dans les résultats obtenus a frappé du reste aussi bien nos infirmières que nos internes et externes et tous se félicitent de la nouvelle méthode qu'ils emploient avec une profonde confiance.

Il m'a paru qu'il n'était pas sans intérêt, au moment où ma conversion est encore récente, de parler des services que le nitrate d'argent rendit à mon père sur cette terre nord-africaine il y a près de 60 ans.

J'ai eu l'occasion du reste d'en dire quelques mots dans les *Annales d'Oculistique* (février 1932, pp. 137-141), dans un article que j'écrivis à la suite de la parution dans cette Revue du remarquable travail de notre toujours regretté A. Terson sur les avantages et les indications de la pommade au nitrate d'argent. J'eus ainsi l'occasion de parler des très beaux résultats obtenus par le remède dans les Bureaux arabes de l'époque où il connut une incroyable faveur sous le nom de « Crème ».

Il est à noter que la clientèle nomade de ces Bureaux ne se prêtait guère qu'à une seule application du médicament et en éprouvait cependant de tels résultats qu'elle adressait au dispensaire de nombreux indigènes convaincus par la surprenante et quasi miraculeuse guérison.

Il en fut de même dans les asiles et écoles algériennes ainsi que dans les ouvroirs et les ateliers qui étaient, au dire de mon père, de véritables « conservatoires du trachome » à cette époque.

Je résumerai brièvement le principe de la méthode.

Le médecin dispose de deux flacons de 10 à 15 c.c. environ, l'un de couleur noire contenant le nitrate d'argent (3 gr. 60 pour 10 gr. d'eau), l'autre, blanc, contenant l'iodure de potassium (3 gr. 30 pour 10 gr. d'eau). On trempait dans chacun des deux flacons une baguette de verre légèrement spatulée qui conservait ainsi une goutte de liquide à son extrémité. On rapprochait ensuite les deux baguettes et le mélange des deux gouttes terminales produisait un précipité jaune serin formé d'iodure d'argent naissant et qui constituait la « crème » bien connue dans les douars et sous les grandes tentes.

On appliquait enfin le précipité dans le cul-de-sac inférieur en l'étalant le plus possible afin d'éviter la formation d'un « caillou » dur et à arêtes parfois aiguës blessant la conjonctive.

C'était là, en effet, la principale difficulté à laquelle se heurta le novateur. L'iodure d'argent naissant engendré en solution aqueuse était tellement cohérent et ferme que son application était douloureuse et sa dissolution dans le liquide lacrymal lente, ce qui aboutissait à rendre son emploi peu tolérable.

Malgré l'avis défavorable de Brame, mon père eut l'idée de se servir de glycérine pour véhicule et la difficulté d'application disparut comme par enchantement au point qu'après l'avoir personnellement expérimenté deux fois en moins d'un an, il put généraliser sa méthode sans la moindre difficulté.

En dehors du nouveau solvant, il conseillait dl'oindre le bord libre des paupières de vaseline pure et neutre.

Il semble enfin que l'usage de la glycérine ait permis une durée de contact bien plus grande de l'iodure d'argent et de la conjonctive malade et cela était véritablement essentiel en raison du caractère nomade des malades traités.

La presque totalité d'entre eux ne recevaient pas plus de 3 ou 4 applications et cependant les cures étaient impressionnantes au point que de véritables caravanes d'arabes venaient se faire « toucher ».

Sur 300 observations soigneusement recueillies, mon père ne nota pas une seule complication kératique.

Aidé de son fidèle collaborateur et ami, le pharmacien Guisoni, de Coléah, il eut alors l'idée de fabriquer des crayons à l'iodure de potassium et au nitrate et envisageait même d'en établir contenant un sel différent à chaque extrémité, comme il en est pour les crayons bleus et rouges du commerce. Ceci aurait permis une exceptionnelle facilité d'application, mais les résultats pratiques ne furent pas favorables et la méthode définitive demeura celle des deux solutions glycérinées.

Voici, extraites du *Recueil d'Ophtalmologie* de mai 1883, les formules définitives qu'il retint, d'accord avec Guisoni.

Solution 1

Iodure de potassium......................	2 gr. 32
Eau distillée............................	3 gr. 50
Glycérine à 30° neutre...................	6 gr. 50

Faire dissoudre l'iodure de potassium dans l'eau distillée, ajouter ensuite la glycérine après dissolution complète; filtrer au papier Berzélies et conserver en verre de couleur.

Solution II

Nitrate d'argent cristallisé................	3 gr. 56
Eau distillée.............................	3 gr. 50
Glycérine à 30° neutre...................	6 gr. 50

Mêmes précautions que pour la solution I en ce qui concerne la dissolution du sel dans l'eau puis l'addition de glycérine.

C'est ainsi que la « Crème iodurée » fut utilisée pendant 7 à 8 ans, c'est-à-dire jusqu'au bout du séjour de mon père en Algérie.

Elle fut immédiatement et totalement oubliée après lui.

La fortune exceptionnelle du nitrate d'argent en terre nord-africaine et qui s'étend actuellement dans la Métropole, m'a inspiré cette courte note qui n'a plus guère pour moi qu'un intérêt historique, car je n'hésite plus actuellement à employer le nitrate d'argent. Je me propose cependant d'expérimenter à nouveau la « Crème » et de rechercher si le caractère « naissant » du produit ne lui confère pas une activité plus grande encore que le nitrate.

Fonctionnement d'un Service Ophtalmologique en Secteur Rural

Par le Docteur JEANNOT

Après douze années passées comme médecin de la Santé Publique à Souk-el-Arba, nous avons cru intéressant, en ce Congrès spécialement réservé au trachome, de résumer le fonctionnement du service antitrachomateux de cette circonscription rurale.

Souk-el-Arba est un petit centre de la haute vallée de la Medjerda d'environ 4.000 habitants (Français, Italiens, Tunisiens, Israélites), mais le secteur médical en compte au moins 25.000, presque tous Tunisiens. Ceux-ci, sédentaires, habitent des gourbis groupés en douars extrêmement disséminés dans toute la région ; leurs conditions d'existence, sauf celles de quelques grands propriétaires terriens, sont assez précaires, et expliquent la fréquence et la gravité de l'infection trachomateuse.

Sans avoir la densité notée dans la région des oasis, elle atteint cependant un taux assez élevé : c'est ainsi qu'en 1926, il existait aux Ecoles Françaises 40 % de trachomateux, aux Ecoles Franco-Arabes 45 %. Presque tous ces malades présentaient des formes actives (90 et 95 %). Actuellement encore, les trachomateux comprennent 50 % du nombre des consultants pour affections oculaires.

Organisation du Service

1° *Dépistage.*

Nous avons pensé que le dépistage, premier acte de la lutte contre les maladies oculaires, devait être effectué dans tous les milieux : scolaire et familial.

Le dépistage scolaire fut de beaucoup le plus facile à mettre en œuvre par l'inspection des écoles, principalement à la rentrée des classes et en fin d'année scolaire. Les malades dépistés ont pu être régulièrement soignés, les résultats contrôlés.

La réalisation du dépistage familial, d'importance cependant capitale, se montra plus délicate. Pour faire œuvre utile, il était nécessaire, d'une part d'atteindre les malades de la ville et des campagnes sans heurter en aucune façon les mœurs indigènes ; d'autre part, de convaincre les parents de la nécessité de faire soigner leurs enfants et de se laisser soigner eux-mêmes.

Pour l'agglomération et ses abords immédiats, nous avons eu de suite l'aide précieuse du personnel de l'infirmerie-dispensaire (sœurs blanches), qui accomplirent avec leur zèle et leur dévouement habituels le rôle d'infirmières visiteuses. Pour l'extérieur, les itinérants du service antipaludique firent de leur mieux. De cette façon, de très nombreux enfants, avant l'âge scolaire, ont pu être régulièrement traités, suivis, ainsi que leurs parents.

Enfin, les consultations gratuites de médecine générale à l'infirmerie-dispensaire, groupant un grand nombre de malades divers, nous ont fourni l'occasion de dépister bien souvent une affection oculaire insoupçonnée ou négligée, constituant ainsi un véritable dépistage occasionnel.

2° *Fonctionnement de la consultation.*

De 1925 à 1928, les malades atteints d'affections oculaires étaient vus aux consultations gratuites de médecine générale, trois fois par

semaine ; l'abondance des consultants nécessita par la suite la création d'une séance supplémentaire le jeudi après-midi, réservée spécialement aux maladies des yeux. Le personnel de l'infirmerie accepta d'emblée d'assurer les soins journaliers.

La salle du dispensaire nous a servi pour nos consultations avec un matériel très simple : deux sièges, une table pour la sœur secrétaire, collyres, pommades, antiseptiques usuels, petit matériel de pansement, une loupe binoculaire de Berger, enfin une lampe sténopeïque d'éclairage oblique. Nous avons fait établir celle-ci sur place, d'un modèle léger, facilement transportable, capable à volonté d'éclairer toute la région oculaire, ou de fournir le pinceau lumineux intense et étroit de la lampe à fente. Une lampe de phare d'automobile fournit la source lumineuse.

Les mardi et samedi ont été réservés, sauf urgence, aux interventalisés; malheureusement, la capacité réduite de l'établissement n'a dante, lavabos d'eau stérilisée, table à pompe, éclairage scialytique, a permis d'effectuer dans les meilleures conditions toutes interventions chirurgicales.

Les malades venus de loin ou dont l'état l'exigeait ont été hospitalisés ; malheureusement, la capacité réduite de l'établissement, n'a permis ni d'organiser des salles spéciales, ni de faire face à tous les besoins. Les malades des environs immédiats, après opération simple ne portant pas sur le globe, retournaient chez eux, puis revenaient pour être pansés et suivis.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique utilisée, qui ne diffère pas dans ses grandes lignes des procédés habituels, si bien mis en lumière dans leur rapport, par nos excellents confrères Raymond de Gentile et Cohen-Boulakia ; nous nous bornerons à indiquer que de 1926 à juin 1937, 5.699 malades différents ont été examinés et traités, 1.452 interventions pratiquées, dont 142 sur le globe.

RÉSULTATS CONSTATÉS

Il serait illusoire de vouloir dresser une statistique d'après nos malades indigènes, fort difficiles à suivre ; il nous reste, cependant, un élément d'appréciation plus certain : la population scolaire.

Nous avons déjà signalé plus haut, qu'en 1926, les écoles françaises comptaient 40 % de trachomateux, les écoles franco-arabes 45 %.

En 1930, les chiffres étaient les suivants :

ÉCOLE FRANÇAISE 228 élèves		ÉCOLE FRANCO-ARABE 217 élèves	
T 1	4	T 1	2
T 2	52	T 2	51
T 3	3	T 3	4
T 4	1	T 4	1
Total	60	Total	58
Index = 26 %.		Index = 26 %.	

Le dernier examen des élèves en Mai 1937, nous a donné :

ÉCOLE FRANÇAISE 297 élèves		ÉCOLE FRANCO-ARABE 327 élèves	
T 1	»	T 1	»
T 2	2	T 2	20
T 3	8	T 3	13
T 4	8	T 4	11
Total	18	Total	44
Index = 6 %.		Index = 13 %.	

A dix ans d'intervalle, la diminution du nombre des trachomateux apparait nettement dans les deux écoles, d'une façon plus sensible chez les européens. Ceux-ci, en effet, habitent la ville ainsi que leurs familles, ils se trouvent à pied d'œuvre pour suivre le traitement, même pendant les vacances scolaires. Les indigènes, au contraire, viennent en grande partie de la campagne ; ils sont moins favorisés, plus négligents aussi et les résultats s'en ressentent.

Quoi qu'il en soit, il est facile de constater que la diminution atteint surtout les T1 T2, formes importées à chaque rentrée par le

nouveau contingent d'élèves. Nous croyons que ce résultat doit être considéré comme la conséquence des soins donnés avant l'âge scolaire aux tout petits, dont la plupart guérissent sans cicatrices apparentes. Parallèlement, le nombre des formes cicatricielles T4 et pré-cicatricielles T3, augmente progressivement, conséquence des soins scolaires.

En résumé, dans un secteur rural, la prophylaxie des maladies oculaires peut et doit utiliser les éléments locaux : infirmières (religieuses ou laïques) du dispensaire, les infirmiers itinérants, le médecin lui-même pour le dépistage ; les ressources de l'infirmerie-dispensaire en personnel et matériel pour le traitement des malades.

L'action devra porter surtout :

1°) Sur le dépistage familial et scolaire.

2°) Sur le traitement pré-scolaire et scolaire.

Trachome, Poux, Rickettsiose

Par le Docteur DELANOE

L'étude systématique sur les Rickettsioses est un savoir d'acquisition plutôt récente. Sa mise au point a fait l'objet du VIIme Congrès de la Fédération des Sciences Médicales d'Algérie, de Tunisie et du Maroc de l'année dernière, à Alger.

Les rapporteurs sagaces et savants, tels que MM. Burnet, Gaud et Bonjean, Donatien, Lestoquard et Foley, ont concrétisé, dans des tableaux synoptiques, les données scientifiques des expériences et des faits précis, paraissant être définitivement acquis dans le domaine des Rickettsioses.

Le corps médical sait gré aux chercheurs désintéressés. Dans la science des Rickettsioses, il reconnait pour maître incontesté, pour bienfaiteur de l'humanité, Charles Nicolle.

Charles Nicolle, Cousin, Comte, Connor, ont illustré ces lieux par leurs travaux féconds dans le domaine des Rickettsioses surtout.

C'est avec une véritable émotion et un sentiment de devoir à accomplir que j'ai entrepris le voyage à Tunis, où le congrès actuel sur le trachome continue et évoque encore et toujours les longues recherches sur les typhus et la victoire éclatante des hommes de science d'ici sur la vie, la mort et les secrets de la domination des infiniments petits, des Rickettsies; elles semaient la terreur des maladies épidémiques typhiques, dévastatrices périodiques du monde, en temps de guerre tout particulièrement.

L'Institut Pasteur de Tunis continue son activité glorieuse sous l'égide de M. le Professeur Burnet, defenseur et continuateur naturel des traditions et de la renommée de la maison, à la discipline scientifique de laquelle il a de tout temps largement contribué.

Le vaste chapitre de la Rickettsiose est à la base de la pathogénie allant du typhus exanthématique jusqu'à la fièvre des tranchées et, dit-on, jusqu'au trachome.

Et c'est encore à Tunis qu'il faut venir pour saluer, à ce dernier point de vue, MM. Cuénod et Nataf. Ils sont parmi les promoteurs des recherches concernant le dernier chainon, (du moins jusqu'ici), du long tableau maléfique des Rickettsioses. Ce dernier chainon est intitulé : *la Rickettsie dans le trachome.*

Trachome : qui viendra dénouer ce nœud gardien ? Les lumières seront-elles enfin faites ici sur le secret de l'origine, de la propagation et du caractère de la maladie terrible qui obscurcit la vue de tant d'hommes, misérables déjà par les conditions sociales auxquelles ils appartiennent.

Ce qui est sûr et certain, c'est que les mauvaises conditions d'existence, l'inorganisation sociale (le manque d'espace, de soleil, d'air, de propreté), qui conditionnent le trachome et lui offrent un engrais approprié à sa croissance vigoureuse et à sa florescence permanente.

*
* *

Après ces quelques généralités préliminaires, je demande la permission de passer à l'objet de ma communication.

RICKETTSIOSES - TRACHOME - POUX

Pour le moment, le trachome aurait été dans la série des Rickettsioses la seule affection d'ordre local. Voilà déjà une particularité à retenir.

C'est également la seule espèce de Rickettsiose ayant pour siège de pullulation les cellules épithéliales; il s'agit en l'occurence des Rickettsies intracellulaires.

Dans la série des Rickettsioses animales, la Rickettsia conjonctivæ, détermine chez le mouton une conjonctivite folliculaire. Il y a tendance de faire un rapprochement entre la Rickettsiose conjonctivæ et le trachome.

Et, en effet, on trouve chez l'homme, les Rickettsies dans les follicules des granulations trachomateuses. Ceci est démontré par les frottis en colorations dites positives et négatives des préparations de MM. Cuénod et Nataf.

D'autre part, les études au biomicroscope et par l'examen histologique des coupes de tissus trachomateux et celles des cultures cellulaires faites par Archimède Busacca, du Brésil (Congrès de Madrid), par Thygeson et par M. Poleff, de l'Institut d'Hygiène de Rabat, confirment la présence des Rickettsiæns dans les follicules trachomateux.

Ainsi donc, les auteurs des diverses écoles sont unanimement d'accord sur la présence constante des Rickettsia au sein du protoplasme des cellules profondes des nodules trachomateux, et cette Rickettsie en masse compacte et constante dans les cellules épitheliales des conjonctives granuleuses, paraît être la cause et la raison d'être du trachome.

Ces Rickettsies dites trachomateuses, s'apparentent à celles de Prowzeki du typhus historique par : 1) leurs propriétés tinctoriales, 2) biochimiques, 3) par leur épidémiologie et 4) par leur répartition géographique.

Le trachome, tout comme le typhus, est une endémie à caractère cyclique. Les deux affections évoluent avec un décalage sur les courbes respectives montrant pour le Maroc le déclin du typhus au moment précis où commence sur le graphique la montée de l'épidémie trachomateuse. Cette dernière atteint son point culminant à la saison la plus chaude de l'année (aout, septembre, octobre), à l'époque justement de la remission complète du typhus.

Le typhus exanthématique — contrairement à ce qui se passe pour le trachome — recommence sa reviviscence en saison froide.

Ainsi, le typhus et le trachome se relaierait dans l'année régulièrement avec des reprises constantes formant à eux deux, parmi la population indigène, une chaîne épidémiologique fermée à forme d'éllipse ; cete dernièère résume l'ascension de chacune des affections en question à la saison diamétralement opposée du périple propre à chacune d'elles : en été, la recrudescence du trachome ; en hiver, celle du typhus. Et ces épidémies se rejoignent au déclin de leur évolution respective. Les conditions de pullulation optima du virus typhique sont contraires à celles du trachome, et vice-versa.

3) Une autre considération générale apparente encore le virus du typhus historique à celui du trachome : leur commune répartition géographique. Les pays à typhus sont en même temps les pays à trachome (Russie, Roumanie, Pologne, Afrique du Nord).

Par ailleurs, dans l'Afrique du Nord, Tanger fait exception à la règle : elle est très peu infectée de trachome en temps ordinaire (Remlinger) et elle ne souffre pas du tyvhus. Nous voyons cette ville, à l'heure actuelle, malgré la poussée déconcertante de typhus au Maroc, nous voyons, dis-je, cette ville presque indemne de typhus.

Et alors, l'interdépendance apparente ou réelle de la Rickettsiose oculaire et de la Rickettsiose exanthématique fait présumer la transmission du trachome par les poux.

TRACHOME - POUX

La famille des pédiculidès ou poux, dont il y a trois espèces :

Pediculus capitis
Pediculus vestimenti
Pediculus inguinalis ou Phtirius

ont chacune une prédilection marquée pour un habitat sur une région donnée du corps humain.

De ces trois types de poux, seuls les poux des vêtements sont censés de transmettre le typhus exanthématique et de véhiculer les Rickettsia. Ces poux du corps n'atteignent jamais les bords ciliaires et ne peuvent être accusés d'y inoculer directement le trachome.

Les poux de la tête, peuvent à la rigueur, héberger et transmettre les Rickettsia. Mais le pédiculus capitis vit dans les cheveux et n'arrive qu'occasionnellement dans les sourcils. En présence des légions de trachomateux, la pédiculose de la tête ne peut être mise en cause dans l'affection trachomateuse.

Reste à considérer le phtirius inguinalis. Ce morpion parasite parfois les sourcils et les cils. Mais, nous ignorons — que je sache, si oui ou non le parasite en question peut être porteur de virus rickettsien. Pour ma part, je ne le pense pas — et voici pourquoi :

Les trachomateux ne sont jamais infestés de la phtiriase ciliaire. Il y a 25 ans que je m'occupe des trachomateux en masse. Jamais je n'ai rencontré chez ces derniers un pou, un morpion, un pou quelconque aux abords des paupières pouvant ainsi faire supposer une transmission possible de la maladie par un de ces aptères.

Toute absence de phtiriase chez les trachomateux, à n'importe quelle période de l'évolution du trachome exclue toute démangeaison, tout grattage, tout écrasement de poux et tout ensemencement, par conséquent, possible des rickettsies aux muqueuses palpébrales.

En aucun cas, aucun des trachomateux, sur plus de 100.000 que j'ai soignés, ne m'a jamais fait part d'un pou trouvé dans un point quelconque de la région oculaire. J'en conclue que les poux n'inoculent pas directement des rickettsies aux conjonctives palpébrales, pour ainsi y faire éclore le trachome.

Et j'ai eu déjà des occasions d'en parler. La question des morpions à localisation ciliaire, a fait à plusieurs reprises, l'objet d'une étude spéciale de ma part. Et c'était pour signaler, en décembre

1925, dans les « Archives de l'Institut Pasteur d'Alger », la particularité de la « phtiriase des cils à Mazagan ». J'y ai fait ressortir que la population israélite, pauvre et malpropre, était seule tributaire de la dite infestation ciliaire, que jamais, dans aucune circonstance, je n'ai rencontré de phtirius pubis dans les cils chez les indigènes arabes. Et je rapporte une autre constatation importante : jamais les israélites porteurs de morpions à localisation ciliaire, n'étaient atteints de trachome.

Cela paraît paradoxal, vu la tendance actuelle, de considérer le trachome comme une rickettsiose ; et cependant, après avoir examiné la grande partie de la population israélite du Mellah, sous le rapport de la phtiriase et du trachome, je suis arrivée, à ce sujet, à la constatation suivante : ceux d'entre les israélites qui hébergeaient des morpions dans les cils, avaient leurs conjonctives d'un blanc ivoire d'une netteté impeccable. Les conjonctives des paupières retournées étaient d'une pâleur des personnes atteintes d'une anémie avancée. Il ne s'agissait, en l'occurence, bien entendu, que d'une anémie localisée aux muqueuses palpébrales.

Cet état exangue des conjonctives chez les phtiriasiques, résulte de la voracité des pédicules implantés en nombre à la racine des cils. Ces parasites se gorgent en permanence de sang ; aussi, en les mettant à nu, en écartant les cils, on y trouve même à l'œil nu, un abdomen replet, brillant, luisant à la lumière, à force d'être bien nourri, tel un coq en pâte.

Contrairement aux affirmations de certains auteurs, la phtiriase ciliaire n'est accompagnée d'aucune sorte de blépharite, d'aucune rougeur, d'aucune secrétion. La phthiriase atteint de préférence des porteurs de très beaux cils : longs à souhait et abondants à les rendre touffus.

Dans une autre communication : « Etude sur le trachome au Maroc et son traitement », parue dans le Bulletin de la Pathologie Exotique en janvier 1926, je reviens à la question de la phthisiase ciliaire. J'y souligne l'incompatibilité entre les poux des cils et le trachome. A l'abri de la phthiriase, les israélites d'un milieu très infecté de trachome, restent indemnes de conjonctivite granuleuse, ainsi que de blépharite.

Je me permets ici, de rappeler qu'en 1926, à l'occasion de la communication sus-mentionnée, mon expérience portait sur 50.000 indigènes trachomateux, tant hommes que femmes et enfants (page 57) de ma clientèle quotidienne à l'hôpital.

Et puis, je traite à nouveau la question de la phthiriase des cils en 1933 dans le « Marseille Médical » du mois de mai, à propos d'une étude sur : « Ptérygion et Tracoh em». On y lit, à la page 722 : « Je me permettrai d'attirer l'attention sur une autre catégorie de malades oculaires pareillement réfractaires (comme le sont les ptérygionneux) au trachome ; il s'agit, en l'occurence, des porteurs de la phthiriase ciliaire ».

J'ajouterai, en passant, que les morpions se tiennent solidement implantés dans leur position, ayant leur tête noyée dans le follicule pileux des cils et ayant leurs ongles des pattes incrustés dans la peau des bords ciliaires.

Pour épouiller les cils, j'arrachais littéralement à la pince porte-coton à bords recourbés, très fins, j'arrachais l'insecte de sa loge. Le cil à la base duquel tenait le parasite se luxait, se détachait et tombait muni du bulbe pileux.

C'est pour dire que les poux des cils, contrairement aux autres espèces de pédiculidés, sont des parasites sédentaires et ne provoquent pas chez leur hôte, de démangeaisons. Les démangeaisons ne durent que l'instant de la prise de position des poux à partir de leur éclosion le long des cils porteurs des lentes. Aussi, quand on retrousse ou quand on abaisse les cils, on croirait voir dessous les cils une rangée de perles fines ourler les bords ciliaires.

Et cette rangée de poux couleur poivre pilé, paraît être une barrière infranchissable contre l'infection trachomateuse.

Les mouches même fuient les paupières de jeunes israélites infestées de péditulus.

Ces mêmes mouches affectionnent, par contre, les paupières trachomateuses de jeunes arabes ou israélites. Elles envahissent, en été,

le creux de l'orbite. Leur présence en cet endroit est un signe certain de trachome chez le jeune sujet marocain.

L'antagonisme entre poux ciliaires et trachome est pour moi une certitude tellement grande que j'ai suggéré l'idée d'utiliser la phthiriase des cils, à l'instar des sangsues décongestionnantes, à l'usage thérapeutique des conjonctivites trachomateuses.

C'est une vue d'esprit portée intentionnellement à l'exagération ; mais cette déduction se soutient, logiquement parlant.

J'ai longuement insisté ici sur la phthiriase oculaire, seul parasite susceptible d'inoculer directement les muqueuses des bords ciliaires de Rickettsies et y faire éclore l'infection trachomateuse si cette dernière devait être considérée comme une Rickettsiose et si toutefois les poux y attenant devaient véhiculer ces derniers.

Eh bien, j'espère avoir démontré que les petites perles poivre et sel des cils sont hors de cause pour transmettre le trachome.

Et alors, comment concevoir la présence constante des Rickettsies dans le trachome ? On ne peut la concevoir peut-être qu'à la faveur d'une septicémie rickettsienne inoculée par un pou du corps.

Et, en effet, tous les trachomateux dans le milieu indigène (riche ou pauvre) sont des pouilleux.

Trachomateux ou non, ils sont tous des porteurs de pédiculus vestimenti.

Ainsi donc, la Rickettsiose localisée aux conjonctives palpébrales, serait peut-être une maladie apparente d'une infection Rickettsienne inapparente, passé inaperçu, parce que bénin, parce que latent. A mon avis, l'infection typhique peut passer inaperçue, parce que inoculée à jet continu à des doses minimes par des générations successives de poux qui éclosent sur l'individu même des poux très faiblement infectés. Ces minimes inoculations entretiendraient chez le sujet infesté de poux un état d'immunité ou de prémunition permanentes.

Et alors surgit encore ici une autre contradiction : Le trachome frappe malheureusement très souvent, les nourrissons à l'âge précisément où, pour un besoin de finalité protectrice de la graine qui lève contre des infections d'ordre général, les tout petits résistent normalement aux maladies infectieuses épidémiques telles que : rougeole, variole, scarlatine, et résisteraient à priori aussi contre la Rickettsiose.

D'autre part, d'une façon générale, les bébés ne prennent pas de poux. Je n'ai jamais vu chez les nourrissons en bas âge, mal tenus, emmaillotés, bras et jambes compris dans de sales langes de laine indigène, je n'y ai jamais trouvé de poux, et ceci ni dans mon service des Femmes et Enfants, ni à la consultation des nourrissons y attenant de longues années durant.

Dans ce cas, et faute de prendre des poux, le trachome des nourrisssons ne peut s'expliquer ni par une infection directe au niveau des bords palpébraux, ni par l'infection générale venant du torrent circulatoire, à moins qu'ils ne soient nés infectés de la Rickettsiose, car le nourrisson, nous le répétons, n'est pas porteur de poux ; il n'en véhicule ni dans les cils, ni sur le corps. Et ces nourrissons sont cependant fréquemment infectés de trachome. Les bébés font souvent du trachome suraigü promptement aveuglant, comme on le sait.

Dans le cas du trachome infantile, les poux ne peuvent pas jouer le rôle de pourvoyeurs de virus trachomateux.

On connaît le cas de fièvre exanthématique à inoculation palpébrale et dû à l'observation de M. le Professeur Aubaret. La projection du contenu abdominal d'une tique de chat à Rickettsies sur l'œil gauche y provoqua un petit chancre marginal accompagné d'une forte adenopathie et de phénomènes généraux d'une exanthème caractéristique.

Je veux mentionner également les essais d'immunisation de l'homme par voie oculaire avec les Rickettsies du virus murin I de Tunis. Ces essais de Mlle H. Sparrow et de M. Mareschal, montrent qu'une seule instillation de virus obtenu en culture pure, par la méthode de

Weigl — instillation sur la conjonctive — provoque une infection générale et des signes incontestables de typhus.

Ainsi donc, dans ces deux cas, le virus Rickettsien, particulièrement virulent et capable, par voie oculaire, de donner lieu à du typhus, est passé sans laisser des traces sur la muqueuse oculaire, et s'y est montré inoffensif, ni le Professeur Aubaret, ni Mlle Sparrow n'y ont vu apparaître une éruption trachomateuse.

A la lumière de ces expériences, on peut dorénavant concevoir la possibilité d'immuniser contre le typhus, par voie oculaire, avec les Rickettsies, sans pour cela faire courir le risque aux individus ainsi traités, de contracter le trachome.

Par contre, j'ai eu un cas d'inoculation positive de trachome à l'aide des produits de grattage des conjonctives trachomateuses à l'état aigu de la maladie (Revue du Trachome, octobre 1935).

L'énigme sur la propagation du trachome reste pour le moment, entière, à mon avis.

Maintenant, je n'ignore pas, et je m'incline devant les expériences récentes de MM. Cuénod, Nataf et Loukitch, parues en janviet de cette année, dans le Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.

Les crottes de poux préalablement inoculées de virus trachomateux, sont émulsionnées dans du sérum physiologique. Cette émulsion est installée dans le sac lacrymal des macaques. Ces animaux ont présenté, au bout d'un certain temps, variant entre 13 et 15 jours après l'inoculation, un « trachome expérimentale typique ».

CONCLUSION

1). L'inoculation directe des Rickettsies par les poux au niveau de la marge palpébrale des bords ciliaires et des orifices meibomiens n'est pas soutenable.

2). Il est possible que les Rickettsies viennent au moment de se réfugier dans les viscères, c'est-à-dire au décours de la maladie générale du typhus, qu'elles viennent, dis-je, envahir les cellules profondes des follicules des muqueuses conjonctivales. Mais ces Rickettsies provoquent-elles la folliculite trachomateuse ? Sont-elles seules à la provoquer ? La Rickettsie n'y serait-elle que le témoin constant du virus trachomateux ? (Cuénod et Roger Nataf). Mais les faits cliniqueront le droit d'être cités.

Et ces corpuscules élémentaires qu'on y observe sous le microscope avec un grossissement de 1500 ne se rapporteraient-ils qu'à l'espèce des Rickettsies ? Tous les grains des infra-virus se ressemblent. Les superbes préparations de M. Poleff le démontrent surabondamment.

3). L'élément initial éruptif : follicule, tubercule, nodule, était de tout temps considéré comme étant du domaine de la pathogénie des acido-résistants.

4). Et puis on sait que tous les trachomateux sont des ganglionnaires des lymphatiques, des scrofuleux, types à évolution torpide d'une bacillose peu virulente.

5). En matière de trachome, l'infection des conjonctives par des particules contenant des secrétions trachomateuses virulentes totales, pollutions véhiculées par les hommes, linges, mouches, est très possible, l'observation quotidienne des faits nous incline à y croire.

6). En terminant, je dirai que j'ai cru bien faire de rapporter en ces lieux les observations de mon expérience clinique et les réflexions qu'elles me suggéraient sur la pathogénie possible du trachome, question à l'ordre du jour du présent Congrès.

7). Je tiens à rappeler ici qu'après MM. Remlinger, Petit, pour Tanger, j'ai eu le mérite d'être le premier médecin de la Santé et de l'Hygiène Publique à reconnaître le trachome au Maroc et à chercher à lutter avec ce fléau national marocain.

Trachome et Proteus

Etude d'un germe ayant la propriété d'être agglutiné par le sérum de malades atteints de trachome

par M. NOURY

Dans une note antérieure (1), nous avons fait connaître les premiers résultats des recherches entreprises sur l'agglutination des différentes souches de Proteus par le sérum de malades atteints de trachome en période d'état ou cicatriciel. Nous continuons actuellement ces recherches et utilisons, comme nous l'avons écrit précédemment, les souches OXN (2), OX19, OXK. Nous présentons ici nos résultats actuels :

Sur 54 trachomes, dont 36 en période d'état et 18 cicatriciels, nous n'avons obtenu, avec le Proteus OXN, que 4 réactions positives dont 3 à 1/50 et une à 1/100. Les quatre réactions positives sont apparues chez des trachomes en évolution.

Nous avons essayé, sur 30 de ces sérums, l'agglutination avec le Proteus OX19, toutes les réactions se montrées négatives.

Avec le Proteus OXK, par contre, sur 50 sérums étudiés, dont 31 trachomes en période d'état et 19 cicatriciels ou en traitement, nous avons obtenu un pourcentage de 21 réactions positives dont 17 chez des trachomes en évolution. Le taux d'agglutination s'est maintenu entre 1/50 et 1/200.

Au début de ces recherches, en juin 1937, ayant pu ensemencer le sang d'un certain nombre d'enfants atteints de trachome floride, grâce à l'amabilité du D[r] ROIG, ophtalmologiste du Dispensaire de « La Maternelle », à Casablanca, nous avons isolé du sang de l'en-

---

(1) M. Noury, **Soc. de Biol.,** CXXVII, p. 481, 1938.
(2) G. Blanc et M. Noury, **C. R. Soc. de Biol.,** CXXI, p. 1572, 1936.

fant israélite Nina BENSIMON, âgée de 4 ans, un germe que nous avons appelé TrN, dont voici actuellement les caractères biochimiques :

C'est un bacille mobile, Gram négatif, donnant sur gélose inclinée une culture envahissante en 24 heures. En gélose molle, il pousse en surface et en profondeur. Il attaque le glucose, le lévulose, la glycérine sans dégagement de gaz; il vire le maltose et le galactose avec production de gaz, de même que la mannite. Il n'a aucune action sur le lactose, sur le saccharose et la dextrine, mais on note une légère fermentation de l'arabinose, xylose et raffinose. Il vire le rouge neutre noircit le plomb et donne de l'indol. Il ne coagule pas le lait et ne liquéfie pas la gélatine après 24 heures et plusieurs jours. Ensemencé sur pomme de terre, il donne un enduit légèrement blanchâtre et sur sérum coagulé, on ne note aucune digestion du milieu ; son pouvoir hémolytique paraît assez faible. Cultivé sur gélose sèche, il a donné un type 0 qui semble avoir actuellement les mêmes caractères biochimiques.

Voici quel est son pouvoir pathogène :

Tous les lapins inoculés par voie péritonéale, sous-cutanée et aussi par voie intra-veineuse, même à la dose de 5 cc, n'ont présenté aucune réaction.

Quatre centimètres cubes d'une culture en bouillon, âgée de 15 15 jours, filtrée sur bougie Chamberland L 3, ont été injectés dans la veine marginale des deux lapins qui ont bien supporté cette toxine.

Sur quatre cobayes inoculés par voie péritonéale, deux ont fait une septicémie mortelle en 24 et 48 heures, les deux autres sont restés bien portants. L'un d'eux cependant a présenté, pendant 8 jours, une fièvre au-dessus de 40°, sans atteinte marquée de l'état général. L'inoculation sous-cutanée chez 4 cobayes n'a pas été suivie de formation d'abcès.

Deux rats inoculés par voie péritonéale sont morts, l'un après 24 heures de septicémie, l'autre après 6 jours — pas de lésions de péritonite suppurée à l'autopsie. Aucune réaction chez deux rats inoculés sous la peau.

Chez la souris, l'inoculation péritonéale détermine en 24 heures une septicémie mortelle. L'ensemencement du sang du cœur a permis de retrouver le germe inoculé. Sous la peau, aucune réaction.

Enfin, nous avons déposé, après scarification, sur la conjonctive de la paupière supérieure de deux singes (*M. Sylvanus*) une anse de culture de ce germe. Après une vingtaine de jours, l'un d'eux a présenté un épaississement de la conjonctive avec quelques follicules sans caractères nets et du larmoiement. Ils ont été vus et suivis par le Docteur PAGES.

La variante 0 de ce germe s'est montrée agglutinable par le sérum d'un certain nombre de sujets atteints de trachome. Grâce à l'obligeance du Docteur PAGES et du Docteur ROIG, nous avons pu avoir à notre disposition un assez grand nombre de sérums de malades.

Sur 77 sérums examinés, dont 48 trachomes en évolution et 29 en voie de cicatrisation, 40 se sont montrés positifs dont 32 appartenaient aux séries de trachomes en période d'état. Le taux d'agglutination varie en général du 1/50 à 1/200. Quatre sérums ont donné des taux variant de 1/500 à 1/1.000.

L'agglutination de ce germe par des sérums de malades atteints de typhus épidémique s'est montrée parfois positive. Sur 60 malades présentant une réaction de Weill-Félix très fortement positive, 29 ont donné une agglutination positive à des taux variant entre 1/50 et 1/200. Dans quatre cas, l'agglutination a atteint le 1/2.000, de même que la réaction de Weil-Félix et, dans deux cas, il s'agissait de malades typhiques présentant un trachome associé.

Avec le sérum de 20 témoins, tant européens qu'indigènes, nous n'avons noté aucune réaction positive.

L'agglutination des Proteus OXN, OX19, OXK et de ce germe par des sérums de lapins préparés donne actuellement les résultats suivants :

Le sérum de lapin anti TrN agglutine le TrN à 1/2.000 et l'OXN à 1/500, tandis qu'il n'agglutine pas les souches OX19 et OXK. Nous verrons ultéreurement si un sérum plus actif vis-àvis du TrN continuera à rester sans action sur les deux souches OXK et OX19.

En présence de ces faits, nous reproduisons ici les conclusions de notre précédente note :

1°) Il semble que si les Proteus de la série typhique peuvent être agglutinés par le sang des malades atteints de trachome, ces agglutinitions paraissent faibles et, au cours de nos essais l'OXK a donné les plus fortes agglutinations, ne dépassant pas cependant 1/200.

2°) Le germe que nous avons isolé donne parfois des agglutinations avec le sang des malades atteints de trachome. Il a en outre la propriété d'être aussi agglutiné par un certain nombre de sérums de typhiques, parfois même à un taux très élevé.

D'après les caractères actuels, il semble pouvoir se rattacher au groupe des Proteus X. S'il en diffère par quelques caractères biochimiques, il présente cependant la propriété d'être parfois agglutinable par les sérums de typhiques.

Si, en effet, comme l'a montré Mme Sparrow, il est possible d'isoler de malades non typhiques des Proteus X19, ces microbes ne sont agglutinés que par le sérum de typhiques alors que le nôtre est plus spécifiquement agglutiné par le sérum de trachomateux, quoique possédant des propriétés antigéniques partiellement communes avec celles des Proteus X19. Nous en poursuivons l'étude.

Pour l'interprétation de ces premiers résultats, nous n'avons pas l'intention de poser des conclusions. Il nous faut de nombreuses observations pour qu'elles soient probantes mais, étant donné l'importance des discussions actuelles sur l'origine du trachome, ces recherches semblent permettre toutefois de souligner la relation pouvant exister entre le trachome et le groupe de Proteus.

(*Institut Pasteur du Maroc*).

Recherches sur les relations entre certains tests de carence en vitamine A et le trachome

par E. AUBARET, A. CHEVALIER, G. E. JAYLE et H. ROUX (Marseille)

Comme le rappellent U. et G. Lumbroso dans leur rapport très documenté, on connait mal les relations du trachome et des avitaminoses et plus particulièrement de l'avitaminose A. Les quelques travaux parus sur cette question sont contradictoires : certains auteurs (Kendall et Gifford, Rice) concluent à l'absence de toute influence de l'avitaminose A sur l'évolution de la maladie ; d'autres (Paschkowskij, Rachewskij, Towbin, Germer-Kulijeva) constatent, à l'inverse, des améliorations dans la marche de l'affection, sous l'effet d'une thérapeutique vitaminée.

Il faut remarquer que ces recherches ont été faites tant chez l'homme que chez l'animal à partir de l'observation des effets de la carence ou au contraire de l'ingestion de vitamine A. Or il semble que nous disposions, à l'heure actuelle, de moyens beaucoup plus précis pour mesurer la teneur en vitamine A de l'organisme.

C'est ainsi que l'un de nous, à la suite d'expériences entreprises depuis plusieurs années sur cette question, a montré qu'il était possible de mesurer de façon précise l'état d'avitaminose sanguine par dosage spectro-photométrique et a constaté, d'autre part, que l'animal ou le sujet mis en état d'avitaminose A présente une tendance remarquable à l'égalisation de la chronaxie des nerfs des fléchisseurs et des nerfs des extenseurs ; celle-ci qui est normalement de 0,60 pour les extenseurs et de 0,30 pour les fléchisseurs, se trouve inchangée pour les fléchisseurs et abaissée au même niveau dans le cas des extenseurs (suppression du phénomène de subordination des centres).

L'avitaminose A provoque, d'autre part, un abaissement de la sensibilité rétinienne aux faibles éclairements comme différents auteurs l'ont constaté et la mesure de cette sensibilité peut, éventuellement, et après examen des milieux transparents et de la rétine, être utilisé comme test d'avitaminose.

Nous appuyant sur ces constatations, nous avons choisi, pour rechercher l'existence possible d'une carence A chez les trachomateux, deux de ces tests : le test de chronaxie et le test d'adaptation.

La recherche de la chronaxie a été pratiquée avec l'appareil de Bourguignon.

La mesure du pouvoir d'adaptation rétinienne a été faite à l'aide de deux appareils construits au laboratoire de Physique de la Faculté.

L'un d'eux, qui utilise le principe du verre de Tscherning, est un dérivé des appareils de même ordre déjà existants et permet d'établir une courbe d'adaptation.

La mesure est pratiquée de la façon suivante : après être resté trente minutes dans l'obscurité, le malade regarde à travers des verres de Tscherning,d'intensité décroissante allant de 4 à 0,25 photoptries, un verre dépoli éclairé de façon uniforme. Sur ce verre se détachent sept tests foncés, d'intensité différente et numérotés de I à VII par intensité décroissante.

Normalement le test I est perçu avec 2,75 photoptries et le test V ou VI avec 0,25, les autres l'étant à travers les verres intermédiaires. En cas de baisse de la sensibilité il faut, au contraire, des verres plus faibles pour percevoir le test le plus foncé.

Cet appareil, comme tous les instruments similaires, a l'inconvénient de faire jouer, dans une certaine mesure, la vision maculaire.

Pour remédier à cet inconvénient un autre appareil, qui ne fait pas entrer en jeu cette vision, a été réalisé. Sa description a été récemment publiée par deux d'entre nous (A.Chevalier et H. Roux, *Soc. Biol. Marseille*, 4 avril 1938). Nous rappellerons seulement que l'on utilise une source de lumière parallèle pour éclairer une série de diffuseurs. Le sujet, préalablement adapté et placé au centre de

ce système, doit indiquer s'il perçoit une impression lumineuse. Les variations de la source sont établies avec des diaphragmes numérotés en millimètres carrés et qui diminuent le flux lumineux sans modifier la surface des diffuseurs éclairés. Le seuil des sujets normaux, qui présente, du reste, des variations individuelles, est de 9 millimètres carrés.

Nos recherches, actuellement au début, ont été pratiquées seulement chez sept trachomateux dont six avec trachome floride non compliqué et acuité visuelle normale ou sub-normale et un seul de trachome cicatriciel.

Elles ont donné les résultats suivants :

Obs. 1. — M. Ben Fr. Trachome floride bilatéral au premier degré. V. = N. Adaptation rétinienne : courbe d'adaptation hypernormale : voit le test 1 à 4 photoptries et le test VI à 0,50 photoptries.

Chronaxie : Médian : 0,625 (rhéobase : 200).

Radial : 0,645 (rhéobase : 200).

Obs. 2. — M[me] de M. E., 29 ans. Trachome floride bilatéral au premier degré. V.O.D.G. = 10/10.

Adaptation rétinienne : courbe d'adaptation subnormale : voit le test I avec 2,75 ptotoptries et le test V avec 1,00 photoptrie.

Chronaxie : Médian : 1,600 (rhéobase : 91).

Radial : 1,650 (rhéobase : 155).

Obs. 3. — M[lle] L. A., 13 ans. Trachome floride au premier degré. O.D. ; V.O.D.G. = 7/10.

Adaptation rétinienne : courbe basse : voit le test 1 à 1,25 photoptries et le test III à 0,25 photoptrie.

Chronaxie : Médian : 0,65 (rhéobase : 122).

Radial : 0,620 (rhéobase : 191).

Obs. 4. — M[lle] B. L., 11 ans. Trachome floride au premier degré. O.D.G. V.O.D. = 8/10 ; V.O.G. = 4/10.

Adaptation rétinienne : courbe basse : voit le test I à 1,50 photoptrie et le test IV à 0,25 photoptrie.

Chronaxie : Médian : 0,625 (rhéobase 235).

Radial : 0,615 (rhéobase 215).

Obs. 5. — Mme G. L., 40 ans. Trachome floride au premier degré. V.O.D.G. = 10/10.

Sensibilité rétinienne : 19 mm.^{2} 6.

Chronaxie : Médian : 1,640 (rhéobase 180).

Radial : 0,640 (rhéobase 260).

Obs. 6. — M. G. M., 19 ans, frère de la malade précédente. Trachome bilatéral floride au premier degré. V.O.D.G. = 10/10.

Sensibilité rétinienne : 19 mm^2 6.

Chronaxie : Médian : 0,645 (rhéobase 159).

Radial : 0,645 (rhéobase 179).

Obs. 7. — Mme H. T., 26 ans. Trachome ancien scléro-cicatriciel. Kératite et Pannus. V.O.D. = 10/10 ; V.O.G. = sens lumineux.

Adaptation rétinienne : courbe très basse ; voit le test I à 0,75 photoptrie et le test III à 0,25 photoptrie.

Chronaxie : Médian : 0,675 (rhéobase 226).

Radial : 1,600 (rhéobase 260).

Nous ne voulons pas demander à ces constatations isolées plus qu'elles ne peuvent apporter. Il est intéressant cependant de souligner qu'elles permettent certaines interprétations.

Tout d'abord chez deux sujets (obs. 1 et 2) sur sept les réponses tant aux épreuves chronaxiques qu'aux épreuves d'adaptation à la lumière sont normales. Quoique isolés, ces deux faits montrent de façon indiscutable que le trachome peut se développer chez des sujets qui ne présentent aucune carence en vitamine A et laissent à

entendre qu'une avitaminose n'agirait seulement comme cause favorisante.

Dans les sept autres cas existent des troubles nets de la sensibilité rétinienne à l'obscurité et des variations importantes des seuils chronaxiques. On trouve, en particulier, dans les cas 4 et 6, une tendance à l'égalisation chronaxique, donc des signes en faveur d'un état d'avitaminose A.

D'autres recherches nous diront si celui-ci joue un rôle dans l'évolution de la maladie. Nous voulons seulement signaler aujourd'hui combien les terrains sur lesquels se développe le trachome sont variés à la lecture de certains tests de carence en vitamine A.

La solution de bisulfate de quinine dans le traitement du trachome

par le Dr ELIO CICCHITTO
Directeur de l'Hôpital Civil "Leonello Mariani" - Misurata

La diffusion endémiqûe du trachome, tant dans l'Afrique du Nord que dans les autres pays, a poussé les chercheurs expérimentés à l'étude de nouveaux moyens de traitement. On a expérimenté en Tripolitaine une préparation « vaccinale » pour laquelle on n'a pas complètement confirmé les possibilités qui lui étaient attribuées.

Il y a quelque temps, un auteur américain (Selinger) a publié dans l'« American Journal of Ophtalmology » une note préliminaire sur ses essais dans quelques cas de trachome au moyen d'une solution de bisulfate de quinine.

La quinine est réellement douée d'une bonne action bactéricide et tandis qu'elle exerce sur les tissus une action astringente, elle exerce sur le protoplasme une action toxique d'une intensité modérée. Appliquée en instillations conjontivales aux trachomateux, elle pénètre dans les tissus et provoque une action destructive dans les tissus adénoïques hyperplasiés. Selinger, dans ses expériences sur les animaux n'a pas observé d'irritations particulières à la suite de ces instillations.

Les mêmes expériences, faites par nous sur des chiens, permettent de confirmer l'absence presque totale de symptômes d'irritation de tant soit peu d'importance. Si parfois on constate quelque irritation due à une sensibilité organique particulière, ils ne sont pas plus forts de ceux que provoquent les instillations des collyres d'albuminate d'argent, nitrate d'argent ou sulfate de cuivre, aux concentrations usuelles. Mais les malades n'ont pas manifesté d'amélioration notable.

Remarquons que M. Selinger a instillé la solution de quinine pen-

dant quelque temps seulement, pendant deux ou trois mois : pour une maladie chronique comme le trachome, cette période est trop brève pour permettre des conclusions certaines sur la valeur de ce nouveau traitement.

Un auteur chinois, H. C. Ch'i, a poursuivi les expériences de Selinger à la Clinique Oculistique de Pékin, par instillations dans le cul-de-sac conjonctival, d'une solution au 10 % de bisulfate de quinine. Après des traitements continués pendant quelques mois, il n'a pu conclure qu'à des résultats encourageants.

La diffusion du trachome en Lybie, et le grand nombre des malades à notre disposition nous ont déterminé à entreprendre des essais plus étendus. Nous avons appliqué cette méthode dans toutes les formes clinïque du trachome : particulièrement dans celles où la conjonctive palpébrale se présente hypertrophiée et quelquefois de manière tellement exubérante qu'elle aboutit à produire des sillons et des plis qui se recouvrent d'épithelium de nouvelle formation. Dans ces cas (n. 220), l'aspect de velours que cet épaississement produit dans la conjonctive semble s'atténuer sous l'action des instillations prolongées de bisulfate de quinine ; s'il ne disparait pas complètement, son évolution est suspendue, de même que ces altérations cicatricielles de la conjonctive, qui, si elles signalent une pseudoguérison du trachome par disparition des papilles et des granulations, empêchent le retour de la conjonctive à sa structure normale, avec les suites inévitables.

Les résultats ne nous sont pas paru convaincants, comme dans les cas qui le précèdent, dans les formes (n. 186) où prédominent ces formations petites et rondes, forgées à granules, plus ou moins proéminentes, d'un aspect particulièrement succulent et bien visible dans la conjonctive : cette différence tient sans doute à la pathologie spéciale du follicule. Ces granulations sont constituées par des groupes arrondis de cellules qui, situées dans le tissus conjonctif, ne se laissent pas facilement influencer par le médicament, malgré la diffusibilité de celui-ci.

Dans le cas (n. 83) où les granulations ne sont pas encore individualisées, mais se confondent avec les tissus voisins, la solution de

bisulfate de quinine peut encore manifester son action bactéricide, astringente et toxique, même si elle ne réussit à la *restitutio in integrum* des tissus.

Plus difficile, au contraire, nous est apparue l'action thérapeutique de la quinine, dans les cas les plus anciens (n. 51), où les folllicules sont revêtus partiellement d'une capsule.

La solution de quinine semble absolument inefficace dans les formes (n. 36) où les granulations trachomateuses sont en proie à une dégénération fibreuse, qui donne lieu, sur la conjonctive palpébrale supérieure, tarsale et rétro-tarsale, à ces excroissances particulières, petites, dures, aplaties, si caractéristiques.

Dans les formes de trachome où les granulations se présentent volumineuses et tendres (n. 43), mais sans inflamation ou avec une inflamation légère, les résultats sont satisfaisants.

Aussi, les formes légères du trachome, particulièrement celles qui s'accompagnent d'hypertrophie légère (n. 72), ou celles où la réaction cicatricielle est peu avancée (n. 26), profitent nettement de la méthode.

Même dans le cas à complications, nous avons appliqué la solution de quinine. Dans les 21 cas de voile corné en de nouvelle formation, dans cet état où le voile, entre la membrane de Bowman et le tissu épithelial de la cornée, n'est constitué histologiquement que par une infiltration lymphoïde avec néo-formation de vaiseaux, l'opacité n'excitant que sur le segment atteint, la quinine amène une rapide régression de la formation lymphoïde et un complet rétablissement de la transparence de la cornée.

Nous avons employé la méthode même dans les formes particulièrement intenses accompagnées de symptômes inflammatoires aigus et d'une abondante sécrétion purulente, et dans ces cas, enfin, qui ont une intense et décisive affinité avec les phlogoses conjonctivales purulentes. Dans ces formes (n. 21), comme dans les réactivations des formes chroniques (n. 44), caractérisées par une sécrétion, la solution de bisulfate de quinine amène une régression rapide des phénomènes inflammatoires et de l'hypertrophie conjonctivale.

Il y a lieu de noter que les récidives, en beaucoup de formes chroniques traitées par nous, ont fait défaut tout au moins pendant le temps (8 mois) de notre observation ; et que, dans nos traités, nous n'avons pas relevé de signes de souffrance ou d'intolérance à la suite de l'instillation de la solution de quinine.

La sensation de brûlure que l'application du médicament dans les sacs conjonctivaux peut quelquefois provoquer dans le délai de quelques minutes, ne doit pas inquiéter le médecin. La cornée tolère bien la solution, et jamais nous n'avons aperçu le plus petit signe de souffrance, même si elle a été instillée deux fois par jour.

D'autre part, l'usage de la solution de quinine n'exclut pas les soins complémentaires en usage dans la thérapeutique du trachome.

Pour éviter que les produits de la sécrétion restent dans les culs-de-sacs conjonctivaux peut quelquefois provoquer, dans le délai de quel-détersifs avec des solutions salées ou avec des solutions antiseptiques.

Les résultats par nous obtenus ne nous portent pas à déclarer la solution de quinine comme le remède d'élection du trachome ; mais elle nous paraît apte à des résultats plus favorables que les traitements usuels avec les médicaments irritants que nous connaissons.

Dans notre pratique, nous avons toujours exclu les frottements, l'écrasement des granulations, que nous avons vus appliquer avec tant de désinvolture par des oculistes même experts.

Si les effets de la solution de bisulfate de quinine se confirment, ce sera pour les médecins des colonies un avantage considérable. Nous avons désiré appeler leur attention sur la méthode, en vue d'une plus large expérimentation.

Les indications des Stations de l'Union Thermale Pyrénéenne chez les Malades de l'Afrique du Nord

par le Dr ARMENGAUD M., de Cauterets

Les eaux thermales Pyrénéennes sont bien connues des Tunisiens qui les fréquentent chaque année.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de rappeler les principales indication de ces stations, et de dire en quoi elles peuvent intéresser spécialement les malades de l'Afrique du Nord.

Nous considérons trois types principaux :

CAUTERETS, parmi les stations sulfurées ;

CAPVERN, parmi les sulfatées calciques magnésiennes ;

BAGNÈRES-DE-BIGORRE, parmi les sulfatées calciques ferrugineuses.

CAUTERETS est la station des voies respiratoires et des enfants (altitude 930 m.

CAPVERN est la station des lithiasiques urinaires et hépatiques.

BAGNÈRES-DE-BIGORRE est la station des neuro-arthritiques.

Ceci, c'est le schéma que chacun doit retenir.

Voyons maintenant les particularités de chaque station.

CAUTERETS, à 930 mètres est la station sulfurée qui soigne, depuis 2.000 ans les affections des voies respiratoires supérieures et inférieures. Ce sont surtout les affections catarrhales des voies respiratoires qui sont soignées à Cauterets, Rhinites, Rhino-laryngites, laryngites et bronchites.

Aux Rhinites catarrhales et même suppurées, peuvent s'apparenter les blépharites et conjonctivites catarrhales banales. Il n'est pas indifférent de traiter ces affections si l'on pense que les blépharo-conjonctivites font « le lit du trachome », parce qu'elles traumatisent la conjonctive et la desquament et facilitent la pénétration du virus trachomateux, ainsi que l'ont bien démontré MM. Cuénod et Nataf.

Aux Rhino-pharyngites, se rattachent les surdités par catarrhe tubaire, bien traitées par les insufflations de vapeurs sulfurées dans la trompe d'Eustache. Notre nouveau pavillon d'Itard est outillé d'une manière parfaite pour l'application de ces traitements.

Il n'y a rien de spécial à dire sur les laryngites chroniques des professionnels de la parole et sur les bronchites chroniques. De tout temps, ces malades ont été traités à Cauterets.

Les enfants, surtout les enfants anémiques, s'améliorent nettement à Cauterets sous l'action du soufre qui revitalise l'organisme et excite le fonctionnement des glandes endocrines et sous l'action de l'altitude qui augmente le nombre des globules rouges.

Les anémiques anciens *paludéens* refont des globules rouges à Cauterets.

CAPVERN, station sulfatée calcique et faiblement magnésienne est la station des *lithiasiques*. On l'a appelée avec raison, le Vittel des Pyrénées. On sait la fréquence des lithiasiques en Afrique du Nord, par suite de l'abondance de l'alimentation carnée et de la sudation qui concentre les urines et la bile, et favorise les précipitations.

Ce sont les lithiases surtout rénales et vésicales qui sont traitées à Capvern et les lithiases hépatiques et intestinales.

Les cystites, pyélites et pyélonéphrites sont du ressort de cette station ainsi que les complications rénales du paludisme.

BAGNÈRES-DE-BIGORRE, station sulfatée calcique avec ses eaux oligo-métalliques thermales et ferrugineuses froides, s'est spécialisée avec succès dans le traitement du *Neuro-arthritisme*.

C'est dire que cette station réclame les insuffisances du *rein* et du *foie*, les rhumatismes douloureux, l'hypersensibilité et l'hyperexcita-

bilité du système nerveux, l'asthénie par surmenage, les dermatoneuroses, les manifestations douloureuses et congestives de l'appareil génital, et particulièrement celles de la ménopause.

EN CONCLUSION

Ce rapide exposé a pour but de mettre au point les indications essentielles de nos stations thermales pyrénéennes et j'espère avoir démontré combien fréquentes sont les indications de ces stations en ce qui concerne les malades de l'Afrique du Nord qui, l'été venu, ont besoin de changer d'air et de s'abriter à la fraîcheur de nos montagnes pyrénéennes.

CONFÉRENCES

Secret Professionnel en Syphiligraphie et Vénéréologie

par le Professeur H. COUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Louis
Président de la Société Française de Prophylaxie sanitaire et morale
Président de la Commission anti-vénérienne au Ministère de la Santé Publique

---

Monsieur le Président,

Mesdames,

Messieurs,

Lorsque votre Président, mon ami Burnet, m'a demandé des sujets de causeries, j'ai proposé en premier la question du secret professionnel en syphiligraphie et vénéréologie ; car depuis plus de trente-six ans que je suis entré à S[t]-Louis comme remplaçant d'externe du grand Alfred Fournier, je me suis sans cesse heurté aux difficultés pratiques des deux intérêts contraires : protéger le vénérien et garder son secret, protéger la Société et éviter la contagion.

C'est qu'en effet l'application du secret n'est pas aussi simple que le croient certains médecins rigoristes ou certains juristes : tout d'abord parce que le médecin est souvent dans des situations familiales angoissantes, ensuite parce que la loi est mal fixée en ce qui concerne la femme mariée, les enfants, etc..., enfin parce que dans ces cas difficiles les auteurs les plus réputés sont loin d'être d'accord.

Aussi, préoccupé de ces divergences dans un sujet aussi important, ai-je cette année, à ma Clinique de S[t]-Louis, demandé aux médecins syphiligraphes, médecins légistes, juristes les plus réputés d'étudier dans une série de leçons ces problèmes médico-légaux sur toutes leurs faces. Le professeur Balthazard, ancien doyen de la Faculté de

Paris, les professeurs H. Claude, Crouzon, Leclerq (de Lille), Maître Peytel, les professeurs agrégés Sézary, Duvoir, Piédelièvre, Coste, Jame, mes collègues des Hôpitaux Coutela, Marcel Pinard, Touraine, Tzanck, Pollet, messieurs Cavaillon, Barthélémy, Clerc, Boudin, Paul, ont répondu à mon appel et je suis heureux de leur exprimer une fois de plus ma reconnaissance. L'ensemble de leurs leçons sera publié dans un livre chez Maloine, éditeur, et rendra les plus grands services.

A la lumière de ces leçons, j'ai corrigé les notions antérieures que j'avais reçues de mes aînés, celles que m'avait imposé mon expérience personnelle. C'est donc une mise au point toute nouvelle que je vais essayer de vous résumer.

*
* *

SYPHILIS, MALADIES VÉNÉRIENNES ET SECRET PROFESSIONNEL

Ce simple énoncé soulève d'âpres discussions et de nombreuses difficultés; car, en raison du préjugé des maladies honteuses, le malade et sa famille désirent le secret, alors que la Société exigerait la violation du même secret afin d'éviter des contagions et afin de rendre le traitement obligatoire.

L'article 378 du Code Pénal est formel : « Le secret est obligatoire, dit l'article 378, hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur ».

Sauf certaines exceptions de syphilis familiale, le médecin français ne doit donc divulguer le diagnostic qu'au malade lui-même; le médecin est lié par le secret professionnel non seulement pour les aveux qui lui ont été confiés par le malade, mais pour tout ce qu'il sait du malade.

Autrement dit, la loi défend de révéler la syphilis d'une personne à une autre personne, *même lorsqu'il s'agit de parents*. Le médecin peut avoir sur ces questions des préférences personnelles, il doit appliquer la loi qui est impérative.

Le médecin est obligé de garder le silence même pour dénoncer

une action criminelle, même pour éviter une catastrophe familiale. Le médecin ne peut dévoiler la syphilis, par exemple lorsqu'il sait qu'un fiancé, qu'un mari, va contagionner sa femme. Car le législateur, appliquant la loi à la lettre, a pu dire : « Nul n'est pas assez sûr de sa conscience, pour la mettre au-dessus de la loi. » (Lacombe, 1875).

Interrogé, le médecin se taira, il se bornera à recommander un examen médical prénuptial.

Le médecin ne doit remettre un certificat de santé, par exemple un certificat prénuptial qu'à l'intéressé lui-même et refuser de répondre aux questions d'autres personnes, même lorsque le certificat est favorable; car s'il prenait habitude dans les cas favorables de parler, son silence deviendrait dénonciateur des cas défavorables.

Le médecin traitant n'a pas à donner aux Cies d'Assurances un certificat à l'insu de leur client.

Le médecin refusera à une Cie d'Assurances un certificat expliquant les causes du décès, même à la demande des héritiers; c'est à la Cie d'établir la preuve de la fraude, le mort a droit au secret aussi bien que le vivant.

Le médecin traitant ne doit pas révéler le secret de ses constatations à un autre médecin, en particulier à un médecin d'une Cie d'Assurances, à un médecin expert sans le consentement du malade.

La révélation d'un fait « déjà connu de quelques personnes » n'excuse pas le délit (jugement de la Cour de Besançon du 23 mai 1888).

Le médecin ne doit pas, devant un Tribunal, dévoiler ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession, même lorsque le malade ne lui a pas demandé le secret. Cité comme témoin devant un tribunal, *il doit se présenter,* mais, *avant de prêter serment, il se déclare lié par le secret professionnel,* et ne répondra à aucune question.

Mais la dispense de témoigner ne s'applique qu'aux faits médicaux et Balthazard cite « qu'un médecin a pu indiquer qu'en donnant ses soins à un agonisant, il a vu un parent ouvrir un coffret ».

Lorsque le malade exige un certificat, le médecin est autorisé à le

faire, mais par écrit et en confiant cet écrit au malade qui l'a demandé. Toutefois, on a vu des tribunaux ne pas faire état de témoignages médicaux suscités par l'une des parties ou par des tiers, parce qu'ils étaient en violation du secret médical.

Même autorisé par le malade à rompre le secret professionnel, le médecin n'est pas tenu de le faire; car ce secret peut intéresser une autre personne qui serait lésée par la divulgation, et les tribunaux n'ont pas admis cete rupture du secret, même avec l'autorisation du malade. De même, le Tribunal de Douai, par un arrêt du 28 janvier 1896, n'a pas autorisé à produire en justice les lettres d'un médecin à son malade, même avec l'assentiment de ce dernier. En tous cas, le médecin ne parlera que muni d'une autorisation écrite de l'intéressé.

Le médecin doit refuser des renseignements à la police (de même que le fit Dupuytren), en dehors des renseignements que précise la loi.

Même pour se défendre d'accusations portées contre lui, le médecin ne peut pas violer le secret médical (affaire du Dr Watelet, à propos du cancer du peintre Bastien-Lepage).

Le médecin, dans un bulletin de santé, dans un procès à propos d'intérêts, dans une note d'honoraires que des tiers peuvent lire, doit éviter de prononcer des mots violant le secret profesionnel.

Par exemple, un médecin, le Dr Habrand, a été condamné par arrêt du 14 avril 1884 pour avoir cité une maladie vénérienne dans un dans un procès où il réclamait ses honoraires...

Un médecin peut réclamer au père d'un mineur sa note d'honoraires, mais il ne doit pas révéler la nature de la maladie (Bruxelles, 28 mars 1900).

Lorsque le médecin confie à un autre médecin (à l'hôpital, ou à un interne ou externe) le traitement d'un malade, il lui donne tous renseignements nécessaires à ce traitement et ce n'est pas une violation du secret.

Lorsque le médecin recourt à une sage-femme, à un dentiste, la

question a été discutée, les uns affirment que la sage-femme, le dentiste, étant liés eux-mêmes par le secret et étant acceptés par le malade, le médecin ne viole pas le secret professionnel en lui confiant le diagnostic de syphilis, et c'est notre avis, il ne donnera d'ailleurs aucun détail. Mais d'autres se bornent à prévenir la sage-femme, le dentiste, que la malade et l'enfant peuvent être contagieux et qu'ils doivent prendre toutes précautions prophylactiques.

Lorsque le médecin se fait aider par un infirmier ou infirmière, il ne doit révéler la syphilis qu'avec le consentement du ou de la malade ou de son mari. Sinon, il indiquera que la malade et l'enfant peuvent être contagieux, et il pourra, à la demande de la malade, enlever les étiquettes des médicaments dénonciateurs. Si la malade (ou son mari) refusait de donner ce simple avertissement à sa garde, le médecin doit se retirer. Si la situation grave de la malade ne permet pas la rupture, il doit exiger une lettre indiquant le refus d'avertir la garde et dégageant le médecin de toute responsabilité.

Le vénéréologue ne doit pas dire qu'il soigne M. X... ou qu'il l'a vu tel jour.

Le médecin doit faire respecter ce secret par tous ceux qui l'entourent.

En un mot, l'*obligation du secret professionnel est absolue.*

***

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE DES SYPHILITIQUES MARIES

Deux remarques préliminaires sont à souligner :

1. — Il est à peine besoin de dire que l'étude suivante ne s'applique qu'aux mariés, les fiancés sont encore légalement des étrangers l'un à l'autre.

2. — On se souviendra que, même mariée sous le régime de la communauté, les époux ont droit au secret chacun en ce qui le concerne. Un médecin a été condamné par le Tribunal de la Seine, le 4

janvier 1928, pour avoir écrit à un mari « l'infection génitale (de sa femme) antérieure au mariage, etc... ».

Les difficultés commencent lorsque la syphilis atteint un ou une syphilitique pendant le mariage.

Dès que l'on découvre un accident suspect, il faut donc s'enquérir si le malade ou la malade sont mariés, et, s'ils le sont, mener une enquête avant de dévoiler le diagnostic; en effet, la solution du problème est différente selon le cas.

En attendant, on éludera toute question précise et on donnera des réponses vagues : « Laisez-moi poursuivre, etc.; je ne sais pas encore...; vous me faites dire ce que je ne veux pas dire, etc... ».

Notre règle, pour éviter toute catastrophe familiale, est d'accuser toujours une contamination extra-génitale et de toujours refuser de dater une syphilis. En effet, le médecin n'est pas un justicier; il doit au contraire éviter la rupture du mariage, car les époux séparés iront disséminer leurs tréponèmes et auront moins de possibilités de traitement.

Cette étude n'a pas la prétention de résoudre toutes les difficultés que l'on peut rencontrer en pratique, mais elle expose les problèmes les plus fréquents, donne des exemples qui permettront au médecin, *après réflexion*, sans se presser, de trancher les problèmes inattendus en s'appuyant sur sa conscience.

1°) Un *syphilitique marié* vient consulter; il n'avoue pas de syphilis avant le mariage, il proteste contre toute fugue extra-génitale; le médecin est donc appelé à soupçonner une contamination conjugale. Il ne cachera pas le diagnostic, mais il accusera une contagion extra-vénérienne : siège de cabinet ou inoculation par les doigts dans un urinoir public, par des draps d'hôtel... pour un chancre génital...; verre à boire, etc..., ou même on diagnostiquera une syphilis ancienne impossible à dater.

On demandera à voir la femme sous prétexte de contrôler si le mari ne l'a pas déjà infectée, et la voir seule sous prétexte de ménager sa pudeur. On essaiera de reconstituer la génèse de cette contagion non pas dans un but de curiosité, mais pour savoir si vraiment

le premier soupçon était exact et si la femme a besoin d'être soignée. On se guidera sur le cas 3. On donnera le diagnostic à l'un et à l'autre, mais on gardera le secret de l'un vis-à-vis de l'autre.

2°) Le mari vient seul consulter pour des accidents secondaires ou primaires ; il reconnaît avoir eu la syphilis, ou, s'il ignorait être syphilitique, il avoue être coupable ; on pourrait lui donner la diagnostic de chancre, donc de syphilis récemment inoculée dans tels délais ; mais nous ne le faisons pas, nous souvenant de certain mari plaidant le faux pour savoir le vrai, et apprenant la vérité, tuant sa femme d'un coup de revolver. Nous accusons donc une syphilis ancienne impossible à préciser. Peu importe en effet que le malade ait contracté la syphilis avant ou après son mariage ; ce qu'il faut retenir, c'est qu'il a la syphilis ; ce qu'il faut savoir, c'est si sa femme est ou non infectée.

On fait donc venir la patiente et, devant son mari, on l'examine cliniquement sous prétexte de troubles menstruels, de métrite, etc. ; on a convenu d'avance avec le mari de l'affection prétexte de cet examen.

Si l'examen clinique reste négatif, on fait la séro-réaction, et si la séro-réaction est négative, on interdira tout contact, on exigera une chambre, un lit à part ; on traitera le mari et la femme sera surveillée ; on discutera s'il faut ou non traiter préventivement la suspecte.

Si aux examens ultérieurs, il se confirme que la femme n'a pas été contagionnée, on ne la traitera pas, à moins qu'elle ne commence une grossesse, la procréation étant postérieure à la syphilis du mari.

On exigera du mari les mêmes conditions que d'un candidat au mariage : on ne permettra la reprise de la vie conjugale qu'après la disparition de tout accident, et si possible, après un an de traitement intensif.

Pour obtenir cette concession de la part d'un mari indocile, il ne faut pas hésiter à l'effrayer sur les dangers de contaminer sa femme et surtout en lui exagérant les tares que présenteraient ses enfants.

Pour expliquer à la femme cette brusque abstinence, le médecin et

le malade s'entendront préalablement; on s'ingéniera à trouver des prétextes; le médecin le dira lui-même à la jeune femme afin qu'elle n'ait aucun doute: pendant la période des accidents contagieux, on arguera d'un saprophytisme de porteur de germes diphtériques ou autre pour éviter tout contact (baiser, etc.) et prendre les précautions prophylactiques pendant les quelques semaines que réclamera l'arsénobenzène pour cicatriser les lésions. Par la suite, on pourrait accuser une tuberculose naissante, etc. Le mari n'a pas à craindre que le divorce soit prononcé par les tribunaux en vertu de l'article 231 du Code civil, car les juges admettent que la suspension prolongée des rapports sexuels, afin d'éviter la transmision de la syphilis, est un cas de force majeure. (Par exemple : jugement du Tribunal de Versailles du 4 juillet 1883).

S'il existe des accidents, ou si le B. W. est positif malgré l'absence d'accident, la vie commune peut continuer, on traitera les deux époux et on montrera au mari l'importance d'un traitement rigoureux.

Doit-on dire au mari que sa femme est syphilisée ? théoriquement, on ne devrait le dire qu'à cette femme et on ne devrait donner le diagnostic au mari qu'avec l'autorisation de la femme; mais, en pratique, il est difficile de ne pas prévenir le mari pour obtenir un traitement assidu.

Que dire à la victime ?

Le plus souvent le mari contaminateur demande au médecin de garder le secret de sa faute et on le lui doit.

Si la femme, ne se doutant de rien, ne demande rien au médecin, si elle ne pose que des questions vagues, si elle ne prononce pas les mots de syphilis ou d'affection vénériennes, il était traditionnel, pour nos anciens, de lui laisser ignorer la nature de son infection en rendant le mari responsable et de ce silence et du traitement.

On a vivement discuté cette conduite.

Quelques-uns suivent encore la tradition; car, en ne se taisant pas, ils craignent de déchaîner une catastrophe familiale; ne vaut-il pas mieux charger le coupable de surveiller le traitement de la contaminée ? Puisque le mal est fait, ne vaut-il pas mieux éviter de plus

plus grands malheurs ? Ils exigent du mari, même en le menaçant, un traitement et un testament médical.

La plupart des médecins pensent avec raison que la contaminée a le droit d'être prévenue, sans, bien entendu, laisser soupçonner que le mari est syphilitique et que l'infection provient de lui, puisque le secret lui est dû.

Car avec la conspiration du silence, le ménage vivra en paix, certes, mais la victime de ce silence risque de contaminer d'autres personnes sans le savoir et en dehors de tout contact sexuel. Si un nouveau médecin succède au médecin de la famille, le mari peut lui taire sa faute et la femme ne sera plus traitée, elle risquera de présenter des accidents graves.

Par conséquent, d'après nous, même si la syphilisée ne demande rien, à plus forte raison si elle exige du médecin, en l'absence ou en présence du mari, un diagnostic, si elle pose nettement la question de la syphilis ou d'une affection vénérienne que son mari a pu lui transmettre, le médecin doit tout d'abord se refuser à toute communication sur l'état du mari et sur la possibilité d'une contagion du mari à la femme, car il doit le secret médical au mari ; il éludera toutes les questions sur ce sujet, mais il ne cachera pas à la contaminée qu'elle est syphilitique. il évitera seulement de préciser la date et la porte d'entrée.

Tout au plus, le médecin soignant le mari peut-il renvoyer sa femme à un autre médecin.

On remarquera que le mari ne communique pas son secret à sa femme, mais que presque toujours le mari connaît le secret de sa femme. La conduite plus loyale, plus « claire », que l'on doit conseiller vivement, progressivement, mais difficile à faire accepter, surtout d'un jeune marié, est l'aveu, à sa femme, de la nature syphilitique des accidents ; en ce cas le médecin, devant les époux réunis, fera la révélation ou brusque ou progressive ; il accusera une origine extragénitale de cette syphilis (siège de cabinet, verre à boire, crayon, etc.), en rappelant des exemples semblables ; il conseillera à la femme de garder le secret pour elle, excusera le mari qui ne pouvait se douter de sa maladie, s'il l'a contagionnée, etc...

3°) Si une femme vient seule consulter et que l'on découvre chez elle des accidents syphilitiques primaires ou secondaires en activité, il faut l'interroger habilement en évitant d'éveiller tout soupçon.

Tantôt la femme avoue une aventure extra-conjugale, il faut alors lui dire le diagnostic de syphilis, mais sans préciser ni la date ni le mode de contagion. En effet, on peut craindre qu'elle ne s'accuse alors qu'elle n'est pas coupable, afin d'avoir la preuve de la faute de son mari. On mande le mari sous prétexte de lui confier vos craintes au sujet de la santé, par exemple, utérine, de sa femme : on voit s'il est infecté à propos d'un soupçon d'urétrite (examen clinique, séro-réaction).

S'il n'est pas contagionné, il faut exiger immédiatement l'abstinence comme au paragraphe 2, et s'il y a lieu lui faire le traitement prophylactique. On ne lui dit pas le diagnostic de sa femme; on reste dans le vague. S'il exige une précision, on le renvoie à la malade.

Si le mari est contagionné, la vie conjugale peut continuer sans précaution, on traitera les deux époux.

Que dire au mari ? Il faut essayer d'obtenir de la coupable qu'elle permette de révéler à son mari le diagnostic de sa maladie.

Si elle y consent, le médecin se chargera d'expliquer au mari l'origine extra-génitale de l'infection. Il sera d'ordinaire facile d'obtenir ce consentement en accusant une syphilis extra-génitale et en refusant de préciser la date de l'infection. Une ruse « excusable » pour la paix du ménage est de diagnostiquer tout dabord la syphilis chez le mari, puis de découvrir après coup la même infection chez la femme.

Si la femme refuse de laisser dévoiler à son mari, déjà contaminé, la nature de l'infection dont elle est atteinte, il ne faut pas lui cacher qu'il a la syphilis, afin qu'il se traite et qu'il comprenne l'importance du traitement. On évitera simplement de parler de sa femme, en prétextant ne pas savoir exactement ce qu'elle présente, on éludera les questions du mari en le renvoyant à sa femme, on évitera surtout de dater le début de la syphilis.

Tantôt la femme, bien que coupable, ne veut pas comprendre vos

questions ; tantôt elle ne les comprend vraiment pas parce qu'elle n'a rien à se reprocher, et l'on conçoit qu'il soit difficile de pousser trop loin les questions.

On fait venir le mari sous prétexte de lui faire expliquer le traitement de sa femme et on essaie d'obtenir des aveux en présentant le cas comme douteux.

S'il avoue être le coupable, on rentre dans le cas 2. S'il n'avoue pas, il faut, à une visite ultérieure, et en l'absence du mari, révéler à la femme le diagnostic, faire accroître une origine extra-génitale de cette syphilis, etc. et l'on rentre dans le cas 3 ci-dessus.

Il est bien entendu que, dès la première visite, le médecin recommandera à sa cliente les mesures prophylactiques sous prétexte de n'importe quelle maladie contagieuse et instituera un traitement dissimulé, soit en faisant des injections d'une solution dont le flacon ou l'ampoule ne portera pas d'étiquette, soit en écrivant sur l'ordonnance mercure ou bismuth avec la notation chimique, ou en latin, soit en prévenant le pharmacien de mettre une étiquette avec seulement le n° de l'ordonnance. Le médecin n'aurait le droit de différer le traitement que s'il devait voir le mari le lendemain. Il recommandera à la malade de tenir secrète l'ordonnance, de la porter elle-même au pharmacien, ou sous enveloppe, etc.

4°) Lorsque la femme assiste aux consultations, lorsque des nécessités diverses l'oblige à soigner son mari, en faisant elle-même les piqûres, le secret a pu être dévoilé, le mari ou le médecin parlant devant elle de la syphilis ; cette femme veut parfois profiter de ces confidences pour justifier une demande en divorce. La Cour de Cassation, dans un arrêt du 14 juin 1899, lui a répondu qu'elle ne pouvait pas utiliser ces confidences parce « qu'elle les avait reçues en tant qu'infirmière pour assurer l'exécution du traitement et qu'étant dépositaire de faits secrets au deuxième degré, elle était tenue comme le médecin, à l'obligation prévue par l'article 378 ».

5°) Il peut arriver de découvrir la syphilis plusieurs années après la procréation d'enfants vivants ; il faut alors préciser, par l'examen clinique et sérologique, si la femme et les enfants ont été contaminés, afin de les traiter en conséquence.

Un problème difficile à résoudre peut alors se poser :

Des jeunes gens deviennent majeurs ou quittent la protection familiale .On ne peut pas leur cacher leur syphilis ; car ils peuvent avoir encore besoin d'être traités et il est capital qu'ils le sachent pour leurs enfants, mais on n'accusera pas l'origine héréditaire. S'il faut trouver une expllication, on incriminera une syphilis acquise dans l'enfance. A la rigueur, on pourrait temporiser et se taire en agissant comme pour les jeunes filles (voir ci-dessous).

Des jeunes filles hérédo-syphilitiques se marient sans autorisation du médecin, ou l'hérédo-syphilis a été découverte après le mariage. On doit prévenir le père la jeune femme (ou à défaut la personne qui était le chef de sa famille avant son mariage). Mais doit-on le dire à cette jeune femme et à son mari ? Il est plus prudent de le dire à la jeune femme, toujours en accusant une contamination accidentelle (extra-génitale) datant de l'enfance. On n'en parlera à son mari qu'avec le consentement exprès de cette jeune femme (voir cas 3). Si l'on se heurte à des difficultés familiales et si l'on craint de déchaîner une catastrophe en parlant de syphilis, il faut tout au moins prévenir le médecin de cette jeune femme afin qu'il la traite en conséquence et essayer d'arriver peu à peu à lui faire connaître le véritable diagnostic.

6°) Si les deux époux viennent consulter ensemble et si l'on se méfie d'une affection vénérienne, on tente de les examiner séparément.

S'ils s'y refusent ou ne comprennent pas votre désir et si l'on constate la syphilis chez l'un des deux ou chez tous les deux, il faut éluder leurs questions en ayant l'air de compléter l'examen. En passant dans une porte, ou mieux sous prétexte d'analyse d'urine ou de déshabillage, on laisse la femme seule, on entraîne le mari dans une autre pièce et on lui demande de revenir seul ; si on a le temps, on peut déjà commencer son enquête, avoir par exemple l'aveu du mari. Si le mari revient seul, on se guidera suivant les circonstances d'après les paragraphes 1, 2, 5. On agirait de même vis-vis de la femme si on supposait qu'elle est la contaminatrice (par xemple syphilis secondaire de la femme et chancre du mari) (voir paragraphe 3).

Si l'on ne peut pas arriver à ces interrogatoires séparés et si les deux époux ne veulent pas comprendre la délicatesse de votre position, s'ils exigent d'être fixés sur l'heure et si le diagnostic n'est pas douteux, il faut leur révéler le diagnostic en posant auparavant certains préliminaires : fréquences des contagions extra-génitales, impossibilité de reconstituer l'histoire d'une syphilis, etc. ; on refusera toute précision sur la date des débuts des deux infections et sur le mode de contagion, on éludera les questions, on s'ingéniera à trouver même pour un chancre génital une explication « extra-génitale », on accusera une contamination imméritée par des cabinets d'aisances, des doigts malpropres, une canule, etc. ; ou plus simplement, on soutiendra que le chancre génital est déjà une manifestation ancienne d'une syphilis impossible à dater et dont la porte d'entrée a été ignorée.

***

SECRET MEDICAL
EN CAS DE DIVORCE OU DE SEPARATION

Lorsque le médecin a échoué dans son rôle de conciliateur et lorsque le divorce est décidé, la conduite du médecin est très délicate :

S'il a soigné les deux époux, « dans aucun cas le médecin ne peut parler, ni écrire » (Peytel). « Si vous soignez les deux parties, dit Brouardel, et qu'il survienne une action en divorce, l'une des deux parties peut vous délier du secret professionnel, espérant que vous déposerez en sa faveur ; si vous déposez en faveur de l'une, vous violez le secret que vous devez à l'autre. Donc il est entendu que vous ne devez rien dire, vous ne devez pas non plus délivrer le certificat... ». On suivra le conseil de Ricord, on ne délivrera pas de certificats, mais on pourra remettre à chacun des deux époux des ordonnances « observations » ne relatant que ce qui les concerne. On refusera tout renseignement à qui que ce soit, avocats, parents, etc..

Il serait encore plus imprudent de remettre à la femme des documents concernant son mari, car il faudrait l'autorisation écrite du mari ; toutefois un arrêt du tribunal de Bordeaux, du 28 avril 1891,

acquita un chirurgien des hôpitaux de Bordeaux poursuivi par un mari pour avoir remis à la femme de celui-ci un certificat, ce certificat était destiné à une action en divorce où l'épouse accusait son mari de l'avoir syphilisée. L'acquittement se fonda sur ce fait que la femme avait le *mandat tacite* de son mari de retirer le dit certificat.

Du reste, le Tribunal rejeterait un certificat donné en contravention avec la loi.

Quelques légistes assurent même que le médecin ne peut pas donner un certificat attestant l'absence de syphilis ; je ne suis pas de cet avis.

Lorsque le médecin ne soigne que l'un des époux et ignore l'autre, la malade en instance de divorce peut exiger un certificat spécifiant lanature de *ses* accidents, la date d'un chancre fixant l'époque de la contamination, la date d'une roséole (encore est-il des roséoles de retour qui empêchent d'être affirmatif), le médecin devra décrire les faits en se gardant d'en tirer des conclusions. Il ne donnera ce certificat qu'à la demande *écrite* de la malade, il évitera expressément de *citer d'autres personnes* (par exemple ne pas citer un mari pour une syphilisée, etc.). Toutefois, Ricord refusait de faire de tels certificats, il conseillait au malade, pour faire preuve de sa syphilis, de produire ses ordonnances *datées,* qui ne laissaient aucun doute.

Cité en justice, le médecin n'est pas forcé de déposer, et s'il dépose, ce sera avec l'autorisation écrite de sa malade, il se bornera aux seuls faits concernant sa malade.

Les mêmes règles s'appliquant « aux concubins qui ne peuvent demander au médecin commun, ni attestation, ni témoignage, car chacun d'eux a droit au secret » (Peytel).

***

CONDUITE A TENIR
EN PRESENCE DE JEUNES GENS MINEURS SYPHILITIQUES

Quels sont les droits des mineurs âgés de plus de 16 ans, par exemple d'un collégien attrapant la syphilis ou d'une jeune fille, contami-

née, en ce qui concerne le secret professionnel ? Les juristes m'ont affirmé qu'il n'y a pas de texte législatif.

Ainsi que l'écrit si justement Maître Peytel « tant que l'enfant ne s'administre pas lui-même, tant qu'il n'a pas une personnalité indépendante de celle de ses parents, tant qu'il n'a pas fait lui-même confiance au médecin, il n'a aucun secret indépendant de sa famille... Il est impossible d'indiquer un âge au-dessus duquel l'enfant aurait droit au secret, car l'indépendance et la personnalité distinctes dépendant non seulement des situations de famille, mais du milieu...»

Il est donc de tradition de ne rien dire aux parents sans le consentement du mineur qui est venu consulter seul, mais suivant le conseil de Brouardel, le médecin fera comprendre à l'enfant qu'il vaudrait mieux que ses parents soient prévenus ; il lui montrera que le mystère risque d'être dévoilé tôt ou tard, qu'il a tout intérêt à avouer immédiatement pour se faire pardonner, pour faciliter le traitement et payer les frais, pour prévenir la contagion, pour toutes raisons que l'on fera valoir longuement. Le médecin doit offrir de se charger de la besogne difficile de l'aveu et promettre qu'il accusera une source extra-congétinale, afin de lever les dernières hésitations du jeune client.

Aussitôt le consentement accordé, le médecin avertira le père ou à défaut « le chef de famille », autant que possible de vive voix, afin de mieux plaider la cause du jeune homme et donner des indications prophylactiques.

Si l'enfant refuse et si le père vient trouver le médecin et demande le diagnostic, la tradition est d'éconduire le père en lui disant que l'enfant a reçu un diagnostic précis et que le père doit le demander à son fils.

Si le père accompagne son fils dans la consultation, la situation est délicate. Si le père n'a pas de soupçons, il est de tradition de ne rien dire, d'essayer de parler seul au malade sous prétexte d'analyse d'urine ; il faut le prévenir que sa maladie est découverte, lui demander de revenir sans son père. Dans cette deuxième visite le médecin essaiera d'obtenir le consentement du jeune malade pour prévenir son père. Si le père a des soupçons et pose nettement la question d'une mala-

die vénérienne, il est de tradition de refuser le diagnostic au père. Sous prétexte d'obtenir la vérité, le médecin demandera un interrogatoire du jeune homme sans la présence du père, il exposera alors au jeune homme quelle est la meilleure conduite à suivre (voir ci-dessus). Puis, revenu en présence du père, il expliquera le diagnostic s'il a reçu du jeune homme la permission d'avouer. Sinon, il éludera les questions du père et chargera le fils de répondre à son père.

Si un père ou une mère amène sa fille mineure débauchée en la soupçonnant, le médecin ne cachera pas le diagnostic à la contaminée, mais que dire aux parents ? Suivant les uns, il ne doit rien dire aux parents, en obtenant de la jeune malade des promesses formelles mais je doute qu'elles soient tenues ? Les autres, et je suis de cet avis, donnent le diagnostic aux parents afin qu'ils surveillent la jeune fille fautive et la traitent, mais en accusant toujours une syphilis extra-génitale imméritée.

Quand il s'agit d'une syphilis imméritée, c'est-à-dire de contagion non génitale (jeune fille contaminée par un baiser de son frère, de son fiancé, jeune fille syphilisée par un enfant hérédo-syphilitique qui a bu dans son verre ou qui s'est servi de ses objets de toilette, etc.), le médecin évitera de dire le diagnostic à la jeune malade ou à sa mère, il prescrira les précautions prophylactiques, un traitement dissimulé et il demandera à voir le père, il lui démontrera que l'on peut prendre la contagion syphilitique innocemment et il se fera le défenseur de l'enfant. Dans cette révélation, il faut éviter de faire porter les soupçons sur un tiers, à moins que ce tiers ne mérite aucune excuse, et encore le médecin ne peut-il préciser l'accusation.

Si le jeune homme ou la jeune fille, qui a refusé de laisser prévenir son père, tombe malade dans sa famille, il faut obtenir du malade d'avertir telle personne qu'il désignera, mère, frère aîné, sœur.

***

SYPHILIS DES DOMESTIQUES

Il n'est plus contesté que les domestiques ont droit au secret et pourtant les domestiques syphilitiques constituent un danger constant.

Ils peuvent contaminer leurs maîtres par les modes les plus divers,

en se servant d'un objet de toilette, canule vaginale, brosse à dents, serviette, éponge, en souillant le siège des cabinets, une fourchette, un crayon, un cigare, une pipe, etc. Une bonne contaminera un enfant en le caressant, en l'embrassant, en goûtant sa soupe, etc.

Que doit faire le médecin ? On pourrait distinguer le cas où le domestique appelle le médecin et où le secret est absolu et le cas où il accepte de se soumettre à l'examen du médecin de la famille à la demande de cette famille, car en ce cas le médecin est le mandataire du patron, une sorte d'expert et il pourrait parler. La tradition est de ne pas violer le secret. Si la consultation se passe devant la maîtresse de maison, la situation est délicate. Dans une de ses cliniques, Gaucher raconte comment il a tourné la difficulté : il s'agissait d'une jeune bonne atteinte de céphalée diffuse sans point névralgique. Gaucher soupçonna aussitôt la syphilis et, sans laisser paraître ses doutes, il ordonna de l'iodure, puis demanda à revenir, laissant craindre l'incubation d'une fièvre éruptive. Lors de la seconde visite, il demanda à voir le tégument, ce qui sembla tout naturel. Découvrant l'éruption roséolique, il affirma une fièvre éruptive indéterminée et conseilla l'envoi à l'hôpital sous prétexte de contagion, de désinfection, etc... ou, tout au moins il l'aurait fait isoler pour lui parler en l'absence de ses patrons. La malade étant à l'hôpital il la confessa, lui révéla le diagnostic vrai, la traita. Restait à ne pas la laisser rentrer dans sa place, il sermonna la malade et prétexta à la patronne une longue convalescence, une anémie grave nécessitant un retour au pays, etc.

Si la malade reste dans la famille, il la prendra à part, au besoin en la faisant venir chez lui, et lui révèlera le diagnostic si elle ne le connaît déjà ; il l'instruira de toutes les précautions prophylactiques en exagérant à dessein les dangers de contagion, il exigera de cesser tout service pendant les périodes de poussée, en entrant à l'hôpital et en prétextant un voyage « au pays » pour l'anémie, etc. Pour obtenir cette retraite, le médecin usera au besoin de menace d'une dénonciation, bien qu'il se sache non autorisé à la mettre à exécution.

Le médecin se refusera à toute question précise, orale ou écrite, des maîtres et il renverra, oralement ou par écrit, à l'intéressé en arguant du secret professionnel. Cette fin de non-recevoir suffit le

plus souvent à éveiller les soupçons et à faire renvoyer le syphilitique s'il n'avait pas déjà cédé à vos conseils.

Mais que faire si le domestique ne veut pas quitter la place, et si ses maîtres restent dans une sécurité trompeuse ? Le médecin ne sera-t-il pas responsable des syphilisations qui peuvent se produire dans cette famille dont il a la garde ? La situation est encore plus angoissante lorsqu'il s'agit d'une bonne syphilitique soignant un jeune enfant qu'elle va sûrment contaminer. Si la domestique, comme nous l'indiquions ci-dessus, accepte l'examen médical du médecin de famille, le médecin peut agir, mais sans dévoiler le nom de la maladie. Si la domestique n'a pas vu le médecin à la demande de la famille, le médecin ne doit-il pas éveiller les soupçons, *sans rien préciser*, afin de provoquer le renvoi ? Il n'est pas classique de suivre cette dernière conduite, mais je n'hésiterais pas à le faire, afin de provoquer le renvoi de la bonne dangereuse et indocile : je parlerais sans témoin, confidentiellement, au chef de famille, d'éruption indéterminée : « Je ne sais ce que c'est, mais devant ces érythèmes, il faut craindre une contagion, des complications, etc. ».

Si le médecin croit devoir faire au bébé menacé, un traitement prophylactique, il le fera sans préciser à la famille de l'enfant le diagnostic de la nourrice.

Pour justifier la surveillance de l'enfant et des analyses, qu'il y ait ou non traitement prophylactique, le médecin restera dans le vague Si l'enfant est contaminé, le médecin dira le diagnostic à la famille en se refusant de préciser quoi que ce soit en ce qui concerne la nourrice.

On révélera à la nourrice, hors la présence de ses maîtres, la nature de sa maladie, en évitant d'accuser qui que ce soit : mari... On lui recommandera de se traiter, de prendre toutes précautions prophylactiques vis-à-vis de sa famille, de ne pas se placer dans une autre famille. On lui fera comprendre les dommages qu'elle a causé au bébé. On lui montrera les dangers d'un procès qu'elle perdra sûrement : si elle ne veut rien entendre, on lui conseillera de voir un autre médecin en ville ou à l'hôpital.

Mais il est indispensable de prendre des garantie pour qu'ensuite

la nourrice syphilisante n'accuse pas de syphilisation la famille du bébé qu'elle a syphilisé. Comment faire ? Brouardel conseilla, dans un cas de ce genre, de provoquer une consultation de deux médecins qui rédigèrent une lettre aux parents, lettre explicite avec dates précises relatant l'observation de l'enfant et la nature des accidents de la nourrice à la même date. Ainsi, s'il survenait un procès, les experts commis par le tribunal trouveraient dans cette lettre un document justificateur. Mais cette lettre ne doit pas être remise ouverte aux parents, elle doi être donnée aux parents cachetée avec sur l'enveloppe « pour des médecins experts éventuels » ; on ne pourrait donner aux parents que la partie concernant leur enfant, mais non la partie visant la maladie de la nourrice.

*
* *

SYPHILIS DES PATRONS ET NOURRICES BONNES D'ENFANTS, DOMESTIQUES

Lorsque le médecin découvre une syphilis en activité dans une famille, il ne peut rien dire aux domestiques, à moins que la domestique soigne médicalement l'enfant, et il peut seulement la prévenir de prendre des précautions de même qu'il préviendrait une infirmière, mais sans préciser le diagnostic et sans répondre à ses questions.

Lorsque le médecin constate qu'une domestique a été contaminée par un membre de la famille, par exemple une nourrice infectée par son nourrisson hérédo-syphilitique, il doit persuader au père de suivre le conseil de Fournier : « avouer, payer, conserver, traiter la nourrice ».

Si le père refuse, que doit faire le médecin vis-à-vis de la nourrice ? Nos anciens prétendaient que le médecin ne devait rien lui dire,

Certes, le médecin ne doit rien dire à la nourrice de la santé de l'enfant et de ses parents, ni de la contagion, mais en ce qui concerne la santé de la nourrice il peut parler, je dirais même qu'il *doit* lui donner le diagnostic de syphilis ; car, ne prenant pas de précautions prophylactiques, ne se traitant pas ou mal, elle peut contaminer son

mari, ses propres enfants, son entourage, et un autre nourrisson si, quittant cette place, elle se place dans une autre famille.

Tout au plus le médecin de famille peut-il renvoyer la nourrice à un autre médecin qui ne sera pas dans la situation délicate où le met son rôle de médecin de famille. Mais il est alors nécessaire que le médecin de famille prévienne le nouveau médecin du diagnostic de la consultante sans dire quoi que ce soit de la syphilis de la famille.

Si la nourrice ne paraît pas contaminée, la situation est encore plus embarrassante, le médecin doit décider s'il faut faire ou non le traitement prophylactique de la nourrice, et alors que lui dire ? on peut inventer des prétextes. De toutes façons, il faut cesser l'allaitement au sein (on pourra exprimer le lait et le donner dans un biberon) ; il faut surveiller la nourrice, faire si besoin des analyses (examen à l'ultra-microscope, B. W.). Et, bien entendu, on ne dira pas à la nourrice le diagnostic de l'enfant, on restera dans le vague pour expliquer cette surveillance et les analyses.

On fait la leçon à la famille qui, effrayée, écoute presque toujours. Sinon, *on prévient la nourrice de cesser l'allaitement, sans préciser pour quelle raison* et en se refusant à toute question ; on lui conseille de voir un autre médecin, un traitement « prophylactique » que l'on ne détaille pas s'imposant et on dit à la nourrice de prier ce nouveau médecin de nous téléphoner pour être mis au courant ; *on quitte la famille, mais en laissant une ordonnance explicite* où, suivant le conseil de Fournier, on intercalera avant la signature (afin qu'on ne puisse pas la supprimer) cette phrase soulignée : *impossibilité absolue de continuer l'allaitement mercenaire au sein et de confier cet enfant à n'importe quelle nourrice; nécessité d'un traitement prophylactique de la nourrice.*

Le médecin commentera cette ordonnance, et le jour même, par lettre recommandée dont il gardera la copie et le reçu, il confirmera qu'il cesse ses soins à partir de ce jour devant le refus de suivre cette ordonnance ; il joindra, suivant l'usage, sa note d'honoraires.

Si la nourrice contaminée ou suspecte d'être infectée quitte la famille, le médecin *sans préciser,* doit l'avertir du danger et prévenir

la préfecture de l'état contagieux de la nourrice afin que les médecins des bureaux de placement des nourrices soient alertés.

Une famille passe outre aux conseils de son médecin et veut confier un enfant hérédo-syphilitique à une nourrice, le médecin peut évidemment cesser ses soins en adressant au chef de famille une lettre recommandée où il répétera son refus et ses raisons et il en gardera le récépissé afin de se justifier en cas de procès ; mais cete tactique ne protège pas la nourrice saine contre une contamination probable, car la loi fraçaise, malgré nos vœux, n'exige pas un certificat médical du nourrisson confié à une nourrice humide ou sèche. Que doit faire le médecin ? La plupart assurent qu'il ne peut rien faire, et c'est exact au sens strict de la loi. Mais il peut user d'artifices : refuser toutes les nourrices successives sous n'importe quel prétexte, ou seul à seul, recommander confidentiellement à la nourrice de demander un certificat médical de l'enfant, etc.

***

SYPHILIS DES EMPLOYES ET DES OUVRIERS

Le médecin révèlera la nature de la maladie à l'employé, mais il ne doit pas donner le diagnostic à l'employeur.

Souvent l'employé vient réclamer un certificat au médecin, le médecin fera comprendre au malade qu'il ne pourrait lui donner qu'un certificet révélateur et qu'il est préférable de n'en pas donner, le médecin conseillera simplement un « certificat d'indisposition » sans préciser autrement.

Souvent l'employeur fait soigner ses employés par un médecin qu'il a choisi (médecin d'une Cie, d'une administration), le médecin doit simplement certifier que l'employé est malade et qu'un traitement de... jours est nécessaire.

Si, malgré tout, il fallait « préciser », il suffirait d'écrire à la case diagnostique le nom de la lésion : angine, céphalée, exanthème, périostite, etc., sans spécifier la cause.

Il n'est qu'une demi-exception à la règle du secret médical : celle

où, par la nécessité de l'industrie, le syphilitique va contaminer ses compagnons d'atelier, en se servant d'outils communs, par exemple de la canne à souffler des verriers.

Le médecin doit prévenir le malade du danger qu'il fait courir et il essaie de lui imposer un congé pour permettre au traitement de le rendre non contagieux.

Si le malade refuse de se traiter, de prendre les précautions prophylactiques indispensables et d'arrêter son travail pendant quelques jours, le médecin, disent nos classiques, est désarmé. Ce n'est pas exact : sans violer le secret du malade, le médecin peut obtenir du patron, en lui parlant sans témoin, le renvoi par les mêmes arguments que pour une domestique, en taisant le diagnostic (mais le renvoi n'est qu'un pis aller, car le syphilitique ira porter ses tréponèmes dans un autre atelier; le médecin préviendra son confrère s'il sait où va l'ouvrier).

Si le patron refuse de renvoyer l'ouvrier ou ne prend pas de mesures prophylactiques et que d'autres syphilisations se produisent, le médecin doit signaler ce danger sans préciser le nom des victimes aux inspecteurs de travail ou à leur chef, l'inspecteur déparmental du travail, mais il vaut mieux faire à ce fonctionnaire une dénonciation *orale* qu'une dénonciation écrite du danger, afin d'éviter les risques du procès en diffamation qu'un patron pourrait intenter au médecin.

Si l'ouvrier syphilitique intente un procès d'accident du travail, le médecin se conduira comme lors d'un divorce, il refusera tout renseignement à l'avocat, etc., mais il facilitera la besogne de l'expert en rédigeant des ordonnances précises.

*
* *

SYPHILIS ET SOCIETES DE SECOURS MUTUELS ASSURANCES SOCIALES, etc.

Le médecin donnera des indications vagues sur la feuille du sociétaire, il préviendra le malade de la nature dénonciatrice des médicaments qu'il est obligé de prescrire : mercure, iodure de potassium, etc., même en employant les notations chimiques (Hg, etc.).

*
* *

CONTROLE DES ASSURANCES

« La nécessité du contrôle des assurances sociales ne suffit pas pour délier le médecin traitant du secret professionnel » disent justement Duvoir et Henri Desoille.

Le médecin traitant violerait le secret professionnel s'il révélait le diagnostic, etc. au médecin contrôleur, puisque ce médecin contrôleur n'est pas tenu au secret vis-à-vis de son administration.

Il en est de même vis-à-vis d'un médecin expert puisque cet expert n'est pas tenu au secret vis-à-vis de la justice :

« La loi du 30 avril 1930 (modifiée par le décret-loi du 28 octobre 1935) sur les assurances sociales ne donne *aucun droit aux médecins contrôleurs d'exiger des renseignements de la part du médecin traitant.* Bien plus, un médecin qui révélerait directement au médecin contrôleur un fait susceptible de léser les intérêts de son client pourrait être poursuivi par ce dernier à très juste titre et, bien plus, le secret médical étant d'ordre public, il pourrait être poursuivi par le procureur de la République.

« Le refus de parler doit être systématique. En effet, si on prend l'habitude de révéler les diagnostics sans importance, on commettra une véritable dénonciation lorsque, par exception, on refusera de parler.

« Quelle doit être maintenant l'attitude du médecin traitant vis-à-vis de son malade.

« Il est de jurisprudence presque constante que le malade ne peut pas délier le médecin du secret professionnel, parce que le malade ignore la portée de ce que sait le médecin qui, à juste titre, ne révèle pas toujours la vérité à son client.

« Dans la pratique, le médecin dit à son patient ce qu'en conscience il estime devoir lui révéler au sujet de son affection ; il lui remet souvent — pas toujours — le double des analyses pratiquées, l'examen radiologique, etc... Le malade est libre de répéter à qui il veut

ce que son médecin lui a dit. Il doit cependant avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de bavardage du malade et être prudent en conséquence.

« Lorsque le malade a intérêt à fournir des précisions sur sa maladie — par exemple vis-à-vis d'un médecin contrôleur — il peut demander à son médecin traitant de ne pas se borner à des déclarations orales, mais de les consigner par écrit. *Le médecin traitant* peut, soit y consentir, soit refuser, parce que, là encore, c'est lui qui est le meilleur juge de la portée de ses affirmations.

« Le plus souvent, rien ne s'oppose à la délivrance de ce *certificat,* rédigé prudemment et qui ne contient évidemment rien de plus que ce que sait le malade. Certains médecins préfèrent rédiger leur déclaration sous forme de lettre, adressée à leur client, pour bien souligner qu'ils n'outrepassent pas ce qu'un médecin peut légitimement dire à son malade.

« Le malade fait de cette déclaration l'usage qu'il lui plaît.

« En ce qui concerne le rôle des médecins traitants, la loi sur les assurances sociales précise deux points :

« 1° Le malade peut exiger que les opérations de contrôle s'effectuent en *présence* du médecin traitant.

« Il n'est pas dit que ce dernier soit obligé de révéler quoi que ce soit.

2° Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre *l'assuré* et la caisse, cet état est apprécié par une commission technique dont la composition varie suivant qu'est discutée l'invalidité temporaire ou l'incapacité permanente. Dans le premier cas, elle est formée par un président désigné par le président du tribunal, un médecin choisi par la caisse et le médecin traitant indiqué par l'assuré. Dans le second cas, elle comprend quatre membres : un président désigné, pour l'année, par le premier président de la Cour d'Appel, un médectn choisi par la Caisse d'assurances, un autre délégué par l'Union régionale des caisses primaires d'assurances-maladie et enfin, un médecin indiqué par l'assuré.

« Remarquons d'abord que la contestation est prévue entre la Caisse et l'assuré et non entre la Caisse et le médecin traitant, c'est-à-dire que le médecin traitant n'est pas supposé être intervenu pour renseigner la Caisse.

« *Lors de la réunion de la commission technique, quelle doit être l'attitude du médecin traitant ?* Ce point particulier ne fait à notre connaissance l'objet d'aucune jurisprudence.

« Le médecin traitant généralement estime justifiée la demande formulée par son malade. Dans ce cas, le malade s'appuie évidemment sur ce que lui a dit son médecin, qui a délivré déjà un certificat dans ce sens. Il n'y a alors aucune violation du secret professionnel dans le fait de confirmer la teneur du certificat, d'insister sur l'importance des analyses pratiquées, de la nécessité d'un repos, etc.

« Dans les cas exceptionnels ou le médecin traitant a connaissance de faits préjudiciables à l'intérêt de son client, que doit-il faire ? On pourrait soutenir que, dans ce cas très particulier, comme il s'agit d'une *loi*, la valeur du texte est égale à celle de l'article 378 et que le médecin doit, à la commission technique, révéler ce qu'il sait. Mais il semble aussi que, dans l'éventualité envisagée, rien ne s'oppose à ce que le médecin traitant refuse à son client d'être désigné par lui pour participer aux travaux de la commission.

« *En résumé, contrairement à ce que certains voudraient faire croire, en matière d'assurances sociales, l'article 378 sur le secret professionnel est toujours en viguer sans aucune atténuation vis-à-vis du médecin contrôleur. Le médecin traitant peut remettre un certificat au malade sur sa demande; il n'est pas forcé de le faire.*» (Duvoir et H. Desoille).

*
**

SECRET VIS-A-VIS DES MEDECINS-EXPERTS

Chemin faisant, il a été plusieurs fois question de la conduite que doit tenir le médecin traitan vis-à-vis de l'autorité judiciaire lorsqu'il est cité en témoignage, lorsqu'il est interrogé par l'avocat de son

malade, par le médecin-expert, etc..., lorsque le médecin est devant un divorce, un procès, etc...

Le médecin traitant ne doit rompre le secret qu'avec l'autorisation formelle écrite de son malade; encore n'est-il pas obligé de le faire, nous l'avons souligné à propos des assurances sociales en citant longuement les conclusions de Duvoir et Desoille. Le médecin réfléchira à ce qu'il doit faire dans l'intérêt de son malade sans léser les intérêts d'autres personnes de la famille par exemple, et pour décider sa conduite, il s'inspirera des conclusions de Duvoir et Desoille. S'il ne croit pas devoir rédiger un certificat, il peut rédiger des ordonnances explicites (voir divorce, etc...) ou adresser une lettre à son malade (voir assurances sociales).

On sait, au contraire, que le médecin expert n'est pas lié vis-à-vis de l'autorité qui l'a désigné puisque le malade, acceptant l'expertise, acceptera la communication à cette autorité.

***

SECRET VIS-A-VIS DE SYPHILISATEURS ET VIS-A-VIS DES CHARLATANS

Le médecin, qui croit découvrir une syphilis d'origine médicale, doit révéler le diagnostic au malade, mais ne pas laisser soupçonner le mécanisme de l'infection. Il est traditionnel de prévenir confidentiellement son confrère de ses soupçons, ne serait-ce que pour le prévenir des accidents qu'il observera chez son malade.

Le médecin consulté par un malade accusant un médecin de l'avoir syphilisé doit se tenir sur ses gardes, il ne laissera échapper aucun mot malheureux, il montrera qu'il est impossible de préciser l'origine d'une syphilis, il se refusera à tout certificat qui ferait, dira-t-il au malade, double emploi avec celui de l'expert, il remettra simplement une ordonnance; il préviendra aussitôt le médecin accusé.

Le médecin peut découvrir une source de syphilisation chez une sage-femme, un dentiste, il les préviendra confidentiellement en donnant le nom du syphilitique, disaient certains de nos anciens, ou au

contraire en ne donnant pas le nom, d'après nous, afin d'éviter la violation du secret et la possibilité des poursuites.

Lorsque le médecin croit reconnaître une syphilisation provenant d'un bijoutier perceur d'oreilles, un coiffeur, il faut prévenir le coupàble si l'on pense que cet avertissement puisse être efficace, et bien entendu, sans citer le nom des victimes.

S'il s'agit d'un charlatan faisant, par exemple, des séances opératoires publiques où un même instrument passe de malade à malade sans être stérilisé, il n'y a aucun ménagement à prendre, il faut le faire poursuivre comme exercice illégal de la médecine; mieux vaut ne pas le prévenir, car plus tard il pourrait vous créer des ennuis en vous attaquant comme diffamateur. Il suffit donc de le dénoncer au Procureur de la République et d'alerter les syndicats médicaux qui se font un devoir de protéger les malades contre les charlatans.

Devant le juge, le médecin dénonciateur se contentera de parler d'exercice illégal de la médecine, il ne doit donner ni les noms ni les adresses des victimes. Il n'accusera le charlatan d'être syphilisateur que s'il peut faire la preuve; en effet, que le médecin dénonciateur se méfie d'être attaqué en diffamation *s'il ne peut pas faire la preuve*, et souvent la preuve est difficile à faire, si les victimes ne portent pas plainte pour ne pas révéler leur tare.

***

En résumé, on voit les difficultés du secret médical en vénéréologie, surtout dans les syphilis familiales, on doit peser le danger de cacher le diagnostic et les conséquences possibles de sa révélation. C'est à trancher de telles difficultés pratiques, pour le bien de ses malades et de leurs enfants, que l'on reconnaît la grandeur morale et sociale du rôle du médecin.

La règle générale pour résoudre la difficulté, on l'a vu, est toujours la même : — 1°, éluder toute réponse prématurée; — 2°, commencer par une petite leçon sur les modes de contagion de la syphilis en insistant sur les modes innocents : verre à boire, etc., et finir en disant : « C'est bien la syphilis, mais elle n'est pas forcément de source génitale, elle doit être extra-génitale »; — 3°, même en présence du

chancre, affirmer qu'il s'agit d'accidents anciens et refuser de dater la syphilis : « Rien ne permet de préciser le mode d'inoculation et la date du début de l'infection, la maladie entrée par la bouche ou par tout autre point a l'habitude de se porter sur les régions génitales... » ; « Réfléchissez, avant de porter une accusation précise et avant de vous laisser aller à l'irréparable, craignez l'erreur » ; — 4°, accuser une contamination accidentelle datant de l'enfance ou une hérédo-syphilis remontant à des ascendants décédés.

En dehors des familles, la conduite est simple, le secret est la règle et en cas d'hésitation le médecin doit aller vers le secret rigoureux.

En sera-t-il toujours ainsi, la syphilis est si dangereuse, dans le présent et dans l'avenir, pour l'individu, pour sa famille, pour sa descendance, pour la Société, que certains ont pu souhaiter que tout syphilitique soit dénoncé afin que les personnes saines se garassent de lui comme elles se garent des pestiférés ; mais par un préjugé séculaire, la syphilis restera longtemps la « maladie secrète » qu'on n'avoue pas, celle dont le malade exige le secret médical, secret qu'on ne peut lui refuser. Les intérêts du malade et de la Société sont donc opposés. En attendant une hypothétique réforme, le médecin, obligé de respecter l'article 378 du code pénal, doit protéger et le malade et la Société ; il doit imposer des précautions prophylactiques vis-à-vis de l'entourage, afin que le danger permanent représenté par tout syphilitique soit réduit au minimum.

La syphilis soulève donc une série de problèmes difficiles que le praticien doit résoudre en s'appuyant sur la loi ; lorsque celle-ci fait défaut, sur la tradition médicale, fruit de l'expérience de nos devanciers ; enfin, quand la tradition se tait, sur les inspirations de sa conscience.

Le médecin peut avoir sur ces chapitres de déontologie des idées personnelles différentes de celles admises par la loi et la tradition, il ne lui appartient pas de les appliquer, car, par une sorte de contrat social, la loi transmise ou imposée par la majorité lie, dans une société moderne, toute individualité aux autres individualités.

Hormones, vitamines, climat et puberté

par le Docteur G. MOURIQUAND
Professeur de clinique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

La question des hormones et des vitamines est à l'ordre du jour. Elle vient d'être en détail étudiée aux journées médicales de Paris, juin 1937, par de nombreux spécialistes. De ces journées et de ces rapports, se dégagent deux impressions. D'abord : un sentiment de fierté lorsqu'on considère les progrès biochimiques et biologiques de la science des hormones et des vitamines qui viennent d'être réalisés dans les laboratoires : différenciation chimique, synthèse pour certaines d'entre elles, étude physiologique rigoureuse, progrès rapides qui ouvrent de larges espoirs. Mais, en présence de ces belles découvertes, les cliniciens se demandent quels progrès vont en découler pour la thérapeutique humaine. Aux hormones, aux vitamines cristallisées, synthétisées, produits de ces recherches, s'oppose la prodigieuse complexité des faits cliniques. Le devoir du clinicien est de s'efforcer — en y apportant un maximum d'esprit critique — de préciser dans quelle mesure la pathologie humaine peut profiter de ces découvertes. Certaines d'entre elles paraissent bien avoir une utilisation immédiate (tyroxine, agissant dans l'insuffisance tyroïdienne; vitamine A.B.C. agissant dans diverses avitaminoses). Mais combien d'hormones, montrant au laboratoire leur action biologique, restent encore inutilisables dans le uraitement des maladies !

Pour réaliser, si possible, ces progrès biochimiques, cette utilisation thérapeutique d'hormones et de vitamines isolées, il nous a paru que cette étude devait être transportée sur le terrain de la puberté, âge endocrinien et vitaminologique entre tous.

Nous envisagerons successivement 1°) les progrès récents réalisés par le laboratoire en hormonologie et en vitaminologie ; 2°) la puberté

normale et pathologique devant les hormones et les vitamines ; 3°) Nous ferons intervenir en fin d'exposé dans la question du climat dans ses rapports avec l'utilisation de ces hormones et vitamines.

HORMONES ET VITAMINES EN BIOCHIMIE ET EN BIOLOGIE

Nous n'aborderons ici ce problème que dans ses traits essentiels. Peu de temps après l'apparition de la notion de vitamine, un rapprochement s'est fait dans certains esprits entre les vitamines et les hormones. Parlant des vitamines que nous considérions alors comme des substances ferments, nous écrivions en 1920 (leçon d'ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales, Paris-Médical, 18 décembre 1920) « il nous parait légitime d'assimiler dans une certaine mesure qui reste à préciser, l'action de ces substances ferments d'origine alimentaire, à celles des hormones sécrétées par les glandes endocrines et d'où partent les excitations nutritives ». Si cette idée renferme quelque part de vérité, ces *hormones externes* seraient peut-être les excitateurs primitifs du fonctionnement endocrinien qui, par ses *hormones internes* dominent la nutrition. A ce moment, Cramer émit la même opinion ; en 1923, Hopkins assimila, à son tour, les vitamines à des hormones externes ; en 1928, la même idée fut soutenue par Madame Randoin et Simonet qui opposèrent les endhormones aux exhormones. Depuis 1920 on peut, sans exagération, inquer que l'idée a fait un bon chemin. Ce qui était à cette époque, pour nous, une intuition bioclinique est devenu une réalité biologique et biochimique. On a longtemps considéré que les vitamines devaient être séparées des hormones en raison de ce fait qu'elles ne pouvaient pas être, comme ces dernières, synthétisées par les organismes, et devaient être obligatoirement apportées par l'alimentation. Or, nous savons aujourd'hui que certaines vitamines peuvent être synthétisées par certaines espèces animales (par exemple la vitamine C par le pigeon et le rat, etc.).

Mais il y a mieux ; certaines vitamines sont apportées par l'alimentation dans la forme de pro-vitamines inactives, l'organisme les transforme en vitamines actives (exemple la pro-vitamine A est ap-

portée sous forme de carotène (inactif) que le foie transforme en vitamine A antixérophtalmique ; la pro-vitamine D inactive existe dans les stérols cutanés que l'ultraviolet transforme en vitamine D fixatrice du calcium, etc.).

Les hormones elles-mêmes semblent emprunter à l'alimentation des pro-hormones inactives que l'organisme transforme en hormones actives (la tyrosine (amino-acide) est indispensable à la constitution de la thyroxine et de l'adrénaline). Dans certains cas, vitamines et hormones s'insèrent dans la même lignée biochimique, la folliculine et l'androstérone dérivent des stérols au même titre que la vitamine D. Il en est de même de la cortine, hormone sécrétée par la cortico-surrénale.

Ces substances « minimales » : vitamines, hormones, provitamines, prohormones ne semblent pouvoir jouer leur rôle dans l'organisme, qu'en s'associant à d'autres substances, en particulier des protéines. Les diastases, ferments organiques essentiellement nécessaires au processus nutritif, sont considérées comme constituées par deux éléments essentiels, un catalyseur (hormone, vitamine, substance minérale, etc.) inséré ou accolé à une substance protéique).

Il est probable que les processus organiques physiologiques ou pathologiques, sont encore beaucoup plus complexes, mais ces découvertes incitent le clinicien à se préoccuper du jeu intra-organique des prohormones, provitamines, des hormones et vitamines et autres substances minimales apportées par l'alimentation. On conçoit qu'un obstacle, même minime, rencontré dans le cours complexe de leur métabolisme anihile ou dévie l'action de ces substances « ferments ». Le médecin est donc appelé à veiller désormais aveec une rigueur plus grande sur le fonctionnement des organes ou des tissus où se fait leur utilisation.

***

Certains faits expérimentaux et même cliniques tendent, d'autre part, à montrer qu'il peut exister un véritable *antagonisme* entre hormones et vitamines : par exemple H. Von Euler a montré l'antagonisme existant entre la thyroxine et la provitamine A. La thyroxine accélère la métamorphose des têtards, que retarde la vitamine

A ; elle empêche l'accumulation de la vitamine A dans le foie. Cet antagonisme a été également démontré par A. Chevalier, L. Cornil, P. Chabre, H. Baert et R. Couve qui ont démontré que, tandis que la thyroxine élève la métabolisme basal des rats, la vitamine A l'abaisse. Nous-même, en collaboration avec Mme Chaix (1930-1931) avions déjà signalé cet antagonisme au point de vue pathologique. En ajoutant l'extrait thyroïdien au régime d'avitaminose A, nous avions obtenu un syndrome acrodyniforme au niveau des pattes des rats, syndrome qui n'apparait pas chez les rats recevant la vitamine A. Steep pense qu'on peut, de ce fait, introduire la vitamine A dans le traitement des hyperthyroïdies.

Nous avons montré, d'autre part, avec Paul Michel et Sanyas, qu'il semble exister un certain antagonisme entre l'extrait thyroïdien et la vitamine C.

Nous ne pouvons insister ici sur toutes les relations précisées ou entrevues au point de vue biologique et chimique, entre les hormones et les vitamines, on les trouvera exposées en détail dans les rapports déjà signalés des Journées Médicales de Paris et plus récemment, dans la leçon inaugurale du Professeur A. Giberton (Algérie Médicale, janvier 1938).

Si nous envisageons maintenant *l'aspect bioclinique* de la question, nous ferons d'abord les remarques suivantes : on sait aujourd'hui qu'il existe des *syndromes endocriniens* parfaitement caractérisés, obtenus par l'expérimentation et réalisés dans la pathologie humaine ; nous ne reviendrons pas sur ces notions clasiques.

En ce qui concerne *l'étude des avitaminoses*, celles-ci doivent être considérées sous deux aspects, l'aspect expérimental et l'aspect clinique.

Au laboratoire on sait, à l'aide de régimes bien définis, réaliser les avitaminoses A. B. C. D. etc. Les choses ne sont pas aussi simples en clinique. Celle-ci ne réalise pratiquement jamais d'avitaminose pure, mais ce que nous avons appelé avec Ed. Weill : *des maladies par carence*. Ce terme souligne la complexité des phénomènes pathologiques. Un organisme humain, surtout d'enfant, qui présente une maladie dite par carence, manifeste bien dans certaines circonstan-

ces, l'absence ou l'insuffisance d'une vitamine dans son régime déséquilibré (xérophtalmie, béribéri, scorbut, etc.), mais ce syndrome d'aviaminose, d'aileturs inconstant, est rarement pur, car en clique, la carence alimentaire porte presque toujours à la fois sur la quantité et la qualité des aliments. Dans le désiquilibre qualificatif global, il faut distinguer deux déséquilibres : l'un portant sur les *substances maximales* (hydrates de carbone, graisses, protéines, matières minérales) l'autre portant sur les substances minimales (amino-acides, prohormonees, provitamines, vitamines). En ce qui concerne ces dernières, l'absence d'une seule vitamine est rare, il s'agit presque toujours de pluri-avitaminose. La complexité clinique s'oppose donc à la pureté expérimentale et si le laboratoire a permis d'éclairer nombre de problèmes touchant les hormones et les vitamines, la prospection du champ complexe et obscur de la clinique reste difficile. On saisit par là avec quel esprit critique, le médecin doit aller de l'animal à l'homme et de l'hormone ou de la vitamine cristallisée à son utilisation par l'organisme humain normal et pathologique.

Mais nous estimons qu'en ces questions le clinicien a un rôle éminent à jouer. Non seulement il doit continuer à observer l'action des hommes et des vitamines sur l'organisme de l'homme, mais il se doit d'étudier — quand il le peut — leur action expérimentale. Il doublera ainsi sa critique clinique d'une critique biologique, discipline féconde qui lui permettra de plonger plus loin que lui permet la pathologie classique dans l'étude — base de tout progrès médical — des dystrophies humaines.

HORMONES, VITAMINES ET PUBERTE

Nous avons dit que la puberté était un terrain de choix pour l'étude biochimique des hormones et des vitamines. Cet âge est, en effet, un moment capital de la croissance. Or, celle-ci est dominée par le jeu des hormones et des vitamines. Pour comprendre ce jeu, distinguons dans la courbe de croissance deux poussées d'hypercroissance : la première qui porte sur les deux premières années apparait comme une croissance purement somatique (sans croissance sexuelle). La deuxième qui est la poussée pubertaire comporte une double crois-

sance : la croissance somatique (corporelle) d'une part et la croissance sexuelle de l'autre. Elles ne sont pas exactement simultanées. La croissance somatique occupe la prépuberté (de onze à douze ans pour les filles, de douze à quatorze pour les garçons), la croissance sexuelle qui lui succède occupe la puberté proprement dite.

Voyons successivement le rôle des hormones et des vitamines dans la prépuberté et dans la puberté.

HORMONES, VITAMINES ET PREPUBERTE

La croissance somatique est essentiellement dirigée par les hormones hypophysaires. Le lobe antérieur de l'hypophyse sécrète une hormone de croissance à action directe sur l'organisme et d'autres glandes endocrines qui jouent un rôle important dans cette croissance (tyhréo-stimuline, parathyroido-stimuline, surrénalo-stimuline, etc.).

D'autre part, en dehors de leur stimulation d'origine hypophysaire, certaines glandes ont une action apparemment directe sur la croissance. La thyroïdectomie entraine le nanisme myxœdémateux. Les surrénales, et en particulier les cortico-surrénales, jouent également à ce point de vue un rôle certain.

Il en est de même aussi, comme dominant le métabolisme général des glandes bipolaires comme les pancréas et le foie, etc...

Existe-t-il une relation entre ces glandes et les vitamines ? La question est loin d'être entièrement élucidée; cependant quelques faits paraissent acquis. Le lobe intérieur de l'hypophyse et la cortico-surrénale sont particulièrement riches en vitamine C. Le foie vient ensuite et semble-t-il, en dernier lieu, la thyroïde. La présence d'acide ascorbique dans ces glandes soulève la question de son rôle oxydo-réducteur puissant activant sans doute certains fonctionnements endocriniens. La vitamine A est particulièrement abondante dans les surrénales et surtout dans le foie. Ce dernier organe — nous l'avons vu — transforme la provitamine A en vitamine A.

Avec les parathyroïdes se pose la question des rapports de leur sécrétion hormonale (parhormone) avec la vitamine D. Il semble que

leur liaison est nécessaire pour activer la croissance et l'équilibre osseux. L'hormone cortico-surénale (cortine) a des rapports biochimiques avec la vitamine D (déjà vus).

Par ailleurs, l'expérimentation (plus que la clinique) nous a appris que les vitamines et particulièrement les vitamines A et B et sans C et D étaient excitatrices de la croissance.

Notons en outre que certains amino-acides qui jouent peut-être le rôle de prohormones (tryptophane, lysine, histidine, etc.) sont indispensables à cette croissance même.

On peut dès lors concevoir le rôle de premier plan que jouent les hormones et les vitamines au cours de la prépuberté.

Les recherches récentes tendent à montrer que les hormones en liaison avec les vitamines ou autres substances minimales.

Ces faits étant rappelés, dans quelle mesure peut actuellement en profiter la thérapeutique clinique ? Au cours de la prépuberté s'observent surtout deux troubles de croissance : la croissance trop accélérée et la croissance retardée.

Pour envisager la seule croissance générale par excès, rappelons la fréquence du gigantisme pelvien — allongement excessif des membres inférieurs s'accompagnant d'étroitesse thoracique (gêne pulmonaire et cardiaque) de troubles osseux rachitiques ou rachitiforme (scoliose genu valgum, pieds plats, etc.).

Dans quelle mesure, à l'aide des hormones et des vitamines, le médecin peut-il atténuer ou guérir ces troubles ? La médication hormonale lui sera d'un assez faible secours ; nous ne connaissons guère d'extrait hormonal frénateur de la croissance. L'extrait orchitique qui pourrait théoriquement remplir ce rôle est inactif. Il faudra en tout cas s'abstenir d'hormones excitatrices de la croissance et en particulier de thyroxine. Pourtant dans certains cas étudiés par nous avec M. et Mme Enselme, l'extrait thyroïdien peut être prudemment proposé. Nous pensons ici à certaines jeunes filles grasses et scoliotiques à croissance accélérée qui présentent un abaissement marqué du métaboilsme basal en même temps que des troubles de la fixation calcique. Dans ces cas la vitamine D ou l'ultraviolet sont indiqués

pour fixer le calcium, en même temps que l'extrait thyroïdien pour relever le métabolisme basal. Nous avons montré avec Leullier, que cette fixation calcique ne peut être expérimentalement obtenue par l'adrénaline (décalcification dans nos cas).

La plupart des dystrophies de l'enfance et de la puberté doivent, nous semble-t-il, être envisagées sous le même angle thérapeutique (rachitisme tardif, etc.).

HORMONES, VITAMINES ET RETARD DE CROISSANCE

Quand les retards de croissance relèvent de l'hypo-thyroïdisme, il est possible d'obtenir des résultats remarquables par l'emploi de l'extrait thyroïdien ou de la thyroxine. Les autres retards de croissance relevant d'un trouble de l'hypophyse, des surrénales ou de plusieurs glandes associées, semblent peu sensibles à l'action de leurs hormones ou de leurs extraits glandulaires. Si l'hormone de coissance du lobe antérieur de l'hypophyse peut déterminer le gigantisme du rat, il n'en va pas de même, pour l'instant du moins, chez l'enfant à croissance retardée. En principe, celle-ci doit toujours être associée à l'hormone thyroïdienne, seule capable, dans certains cas seulement, d'activer cette croissance.

Pouvons-nous, dans ces cas, nous adresser aux vitamines A., B., etc... Si celles-ci ont une action expérimentale incontestable, la preuve de leur action dans les retards de croissance prépubertaire, reste encore à établir. Mais pratiquement étant nécessaires, elles doivent être adjointes à la médication hormonale, soit sous la forme chimique, soit mieux encore sous la forme alimentaire.

Chez les retardés de croissance on se préoccupera toujours de l'état radiographique des cartilages et croissance au niveau des genoux. On évitera chez eux de donner de trop fortes doses de vitamine D qui, en fixant trop brutalement ce calcium sur ces cartilages, pourrait arrêter leur croissance.

HORMONES, VITAMINES ET PUBERTE

Lorsque la poussée somatique de la prépuberté s'est faite harmonieusement, la puberté proprement dite a chance, sauf lésions sexuelles antétieures, doit se développer normalement. Il importe donc de surveiller la prépuberté pour aboutir à une puberté physiologique. Le tournant prépuberté-puberté est délicat, parfois périlleux.

La croissance sexuelle comme la croissance somatique est dominée par l'action de certaines hormones, en particulier la gonado-stimuline, issues du lobe antérieur de l'hypophyse et la cortine sécrétée de la cortico-surrénale. Les autres glandes (thyroïde, etc.) paraissent, elles aussi, jouer un rôle moins bien défini.

Il est possible que la richesse de ces glandes en vitamine (C et A, etc.) favorise cette sécrétion. En tous cas la cortine (hormone masculinisante (?)) appartient, nous l'avons vu, comme la vitamine D, au groupe des stérols.

L'hypercroissance sexuelle s'observe au cours des tumeurs de l'épiphyse (sur la sécrétion de laquelle nous ne sommes pas fixés) et des tumeurs de la cortico-surrénale entrainant chez la femme, l'hirsutisme et l'hypertrophie sexuelle. Certaines macro-génitosomies de l'homme paraissent également relever de pareilles tumeurs. Il semble légitime, d'après les travaux récents, d'attribuer cette hypercroissance à l'hypersécrétion de la cortine. Ces tumeurs épiphysaires ou surrénales relèvent de la radiothérapie ou de l'intervention chirurgicale.

HYPOGENITALISME, HORMONES ET VITAMINES

L'hypogénitalisme est plus fréquent et s'observe chez le garçon et la fille. C'est à la puberté qu'apparaissent les syndromes adiposo-génitaux caractérisés par l'obésité et du retard du développement génital. Chez le garçon, on peut observer plusieurs degrés : le syndrome adiposo-génital avec agénésie totale des testicules descendus ou non, absence de puberté véritable eunuchisme lié souvent au gigantisme.

Le syndrome adiposo-génital caractérisé par un développement insuffisant des testicules apparemment normaux et capables d'un développement ultérieur. Le syndrome adiposo-génital, on le sait, relève essentiellement de lésions endocrino-nerveuses hypophyso-tubériennes; il peut être dû à une tumeur de la région hypophysaire ou à de simples troubles ou lésions microscopiques.

Chez la jeune fille, ces troubles ou lésions retardent ou interdisent également la puberté. Mais en dehors des lésions endocrino-nerveuses, il parait bien que certains troubles alimentaires ou par carence sont capables de troubler le passage de la prépuberté à la puberté. Calmete, Nobécourt, etc., ont signalé en particulier dans les régions du Nord envahies, hypoalimentées, l'important retard de la puberté chez les garçons et surtout chez les fillettes.

Au point de vue pratique, après avoir assuré une prépuberté normale, pouvons-nous faciliter le passage prépuberté puberté ? Les extraits testiculaires semblent de peu d'action. Les substances sexuelles mâles (androstérone, testostérone), paraissent plus actives, mais ne semblent pas encore cliniquement au point. Il en est de même des extraits ovariens totaux et de la folliculine. Beaucoup d'essais de clinique thérapeutique sont encore nécessaires pour préciser cette opothérapie. Mais les découvertes biochimiques récentes sont riches d'avenir thérapeutique.

Les vitamines peuvent aider — semble-t-il — dans une certaine mesure et en association avec les hormones, au développement sexuel. Nous avons signalé que la vitamine D appartenait au même groupe chimique que la cortine et les substances sexuelles elles-mêmes. D'autre part, au cours des diverses avitaminoses, on observe des troubles de l'appareil génital provoquant l'avortement qui est évité par l'introduction de vitamines dans la ration.

La question de l'action d'une vitamine sur l'appareil génital s'est posée avec plus de précision encore en ce qui concerne la vitamine E. Celle-ci favoriserait la fixation et la nidation du germe sur la paroi utérine et écarterait les avortements; mais son action reste à l'étude en ce qui concerne la thérapeutique clinique.

REMARQUES SUR LA CROISSANCE

Si nous envisageons les processus de croissance par rapport à certaines hormones et vitamines, nous pouvons faire les remarques suivantes : localisons-nous aux hormones et aux vitamines dérivées des stérols (phenantrène) et à l'étude de leur action à différents moments de la croissance. Pendant la période de croissance somatique qui va de la naissance à la puberté, le dérivé des stérols le plus utile, semble être la vitamine D fixatrice du calcium indispensable à la construction du squelette.

A la puberté, des stérols semblent dériver plus spécialement (pour permettre le développement génital) les hormones sexuelles (androstérone, folliculine). Quand la croissance est terminée, la vitamine D parait jouer un rôle moins actif, mais pendant toute la période adulte l'activité des substances sexuelles demeure. Chez le vieillard, il semble bien que s'efface le rôle fixateur du calcium de la vitamine D (décalcification osseuse, ostéoporose sénile) comme celui des substances sexuelles. Mais à ce moment l'activité des substances dérivées des stérols qui a agi précédemment dans le sens d'une croissance orthodoxe ne semble plus pouvoir agir que dans le sens d'une croissance hétérodoxe. Or, des stérols dérivent non seulement la vitamine D, les substances sexuelles, mais aussi des substances cancerigènes (carbures carcinogènes), qui, à ce moment de l'existence, paraissent surtout trouver leur emploi (fréquence des néoplasies hétérodoxes : cancer).

D'autres vitamines (B et C) paraissent aussi capables d'activer outre les néoplasies orthodoxes, les néoplasies hétérodoxes (cancer).

HORMONES, VITAMINES ET CROISSANCES SPECIALES AU MOMENT DE LA PUBERTE

Nous avons envisagé l'action des hormones et vitamines dans leur relation avec la croissance somatique et la croissance sexuelle ; envi-

sageons maintenant leur action sur certaines croissances particulières de tissus ou organes au moment de la puberté.

HORMONES, VITAMINES ET TISSUS OSSEUX

Nous nous sommes suffisamment expliqué sur les relations de la croissance osseuse avec les hormones et les vitamines et avons, en particulier, noté les relations entre la sécrétion parathyroïdienne et la vitamine D. Notons pourtant que, comme nos recherches avec Leulier et Cœur l'ont montré, certains organismes aussi bien dans le premier âge qu'au moment de la puberté fixent difficilement le calcium sur leur tissus osseux. Celui-ci semble refuser non seulement le calcium des aliments, mais aussi le calcium thérapeutique même doublé des fixateurs du calcium (vitamine D, ultraviolet, etc.).

Ce *phénomène du refus* peut être parfois conditionné par l'hyperparathyroïdisme dont l'aboutissant extrême est la maladie de Recklinghausen. Ce refus peu êttre provoqué par l'hyperthyroïdisme. Plus souvent c'est l'inflammation osseuse qui l'entraîne. Il importera donc, en pratique, de lutter contre cette inflammation (tuberculeuse ou banale) par une thérapeutique chirurgicale spécifique. L'hyperparathyroïdie pourra être combattue par l'ablation parathyroïdienne partielle (Mandl).

Nous avons montré qu'une carence partielle en vitamine C était capable de déterminer (expérimentalement) des processus d'ostéose et de périostéose pouvant aboutir à la formation de volumineux ostéophytes.

Ne quittons pas l'étude du tissu osseux sans rappeler les troubles médullaires à la base des anémies de la puberté. La chlorose (en voie de disparition) parait, dans une certaine mesure, liée à des troubles ovariens, mais aussi à l'alimentation carencée. Nous avons montré avec Bertoye et Mlle Weill, qu'un syndrome chlorotique pouvait être obtenu grâce à un régime carencé en vitamine C.

HORMONES, VITAMINES ET SYSTEME NERVEUX

Les relations entre les hormones et le système nerveux sont trop connues pour que nous y insistions. La déficience nerveuse des hypothyroïdiens est classique. L'hyperthyroïdisme entraine l'excitation nerveuse. Les troubles parathyroïdiens sont à la base de la spasmophilie hypocalcémique. On sait d'autre part les rapports importants existant entre l'hypophyse antérieure et postérieure et le système neuro-végétatif (G. Roussy, R. Collin, etc.). D'autre part, certains troubles surrénaux (maladie d'Addison) entrainent de profondes perturbations neurologiques. Les sécrétions génitales orientent l'activité psychique de chaque sexe et son rendement moteur. Il n'est pas jusqu'au foie et au pancréas dont les sécrétions soient nécessaires (au moins indirectement) à la nutrition nerveuse.

En ce qui concerne les vitamines, c'est la vitamine B1 qui parait surtout dominer cette nutrition, sa carence, comme on sait, entraine le syndrome paralytique du béribéri (vitamine B1). La carence en vitamine B2 parait conditionner certains troubles psychiques observés au cours de la pellagre. Il importe de rappeler ici les relations indiqués par Funk, Mouriquand et surtout Mme Randoin et Simonnet entre l'activité du métabolisme des hydrates de carbone et la vitamine B. Des travaux récents orientent vers l'idée que les troubles nerveux du béribéri résulteraient surtout de l'accumulation dans ces centres de substances dérivées d'un trouble du métabolisme hydrocarboné (acide pyruvique).

Nous avons montré avec Morin et H. Edel que la carence en vitamine B (complexe) entraine chez le pigeon un abaissement de la chronaxie biauriculaire, précédant de dix ou quinze jours l'apparition des troubles nerveux; or, l'injection de thyroxine aboutit au même résultat sans que nous puissions pour l'instant expliquer cette concordance.

En ce qui concerne la vitamine A, son action apparait comme élective dans le fonctionnement de l'appareil visuel (xérophtalmie, héméralopie par carence en vitamine A). Il importera donc pour éviter les troubles nerveux et oculaires de l'écolier de veiller à la présence dans ration de vitamines B et A.

La vitamine C est présente dans le cortex cérébral. On sait, d'autre part, que l'hypophyse antérieure et le cortex surrénal en rapport direct avec son fonctionnement sont très riches en acide ascorbique.

Marinesco a montré que l'acide ascorbique abondant dans le liquide céphalo-rachidien des sujets jeunes diminue progressivement chez l'adulte et surtout chez le vieillard à un moment de moindre activité des centres nerveux. Certaines asthénies scolaires (Demole) observées principalement au printemps relèveraient, pour une part au moins, d'une carence relative des centres nerveux en vitamine C. Il importerait de préciser ce point par le dosage de la vitamine C dans le liquide céphalo-rachidien de ces asthéniques.

On sait l'importance de la vitamine D dans le métabolisme du calcium. Nous l'avons déjà envisagée en ce qui concerne le calcium osseux ; mais on sait que la carence du cerveau en calcium lié à l'hypocalcémie est facteur de convulsions. La tétanie, la spasmophilie du nourrisson sont améliorées par de fortes doses de calcium et surtout de vitamine D et d'ultraviolet.

Les troubles osseux de la puberté s'accompagnent fréquemment comme nous l'avons vu, de fléchissements nerveux scolaires ou autres liés à l'insuffisance probable d'utilisation du calcium des centres nerveux qui paraissent en être spoliés par l'appel fait par l'intense croissance osseuse. Il peut en résulter aussi, outre des troubles asthéniques, neurasthéniques, défauts d'attention, etc., une véritable propension aux accidents convulsifs. On sait, en effet, que la poussée prépubertaire et pubertaire est particulièrement favorable à l'installation ou au retour des crises comitiales. D'autre part, chez la fillette, l'installation des règles parait favoriser ces crises.

On ne saurait trop veiller sur le métabolisme nerveux des enfants à la puberté et souligner ce fait que les diverses vitamines envisagées B et D, et dans une moindre mesure sans doute C et A, jouent un rôle dans l'équilibre nerveux en association avec les diverses hormones envisagées.

Il va de soi que le fonctionnement sexuel a, par l'activité de ces hormones, une action sur l'orientation intellectuelle et morale de l'enfant à la puberté. L'infantilisme qui s'accompagne surtout d'un

retard sexuel comporte aussi fréquemment un retard manifeste du développement général de la personnalité.

Enfin, des recherches récentes ont montré que le système nerveux parait recevoir son impulsion non seulement de sécrétions endocriniennes extérieures à lui, mais de sécrétions hormonales propres. Il serait à lui-même sa glande endocrine.

Sans vouloir anticiper sur les conséquences de cette opinion nouvelle, elle pourrait être riche d'avenir au point de vue éducatif.

De l'exposé de ces faits, découle cette idée que : à la puberté, en pleine activité scolaire, l'équilibre neuro-psychique, ne peut être obtenu qu'en présence d'hormones et de vitamines en parfait rendement d'utilisation.

HORMONES, VITAMINES ET SYSTEME DIGESTIF A LA PUBERTE

A côté des troubles de la croissance générale et sexuelle des système osseux et nerveux, on rencontre fréquemment à la puberté des troubles du système digestif. Ces troubles sont souvent liés à une hygiène défectueuse (irrégularité des repas, alimentation inadaptée, etc.) mais, dans certains cas, ils peuvent relever de dysfonctions d'origine hormonale ou vitaminique.

Les hormones digestives semblent souvent insuffisantes chez les sujets en hypercroissance, d'autre part, certains troubles endocriniens peuvent favoriser divers troubles digestifs, l'hypothyroïdien est souvent constipé, l'hyperthyroïdien souvent diarrhéïque. Les anorexies (comme les boulimies) sont fréquentes à cet âge et paraissent dans une large mesure liées aux surmenages de croissance et aux dysfonctions glandulaires qui lui sont liées.

On retiendra surtout l'importance considérable du foie dans le développement pubertaire. C'est par lui surtout que sont élaborés les éléments devant servir à la construction des cellules ou des tissus en hypercroissance.

La physiopathologie classique a montré le rôle des troubles hépatique dans les perturbations du métabolisme de diverses substances maximales (hydrates de carbone, graises, protéïnes, etc.) mais les recherches récentes ont établi son rôle essentiel dans le jeu et l'utilisation de certaines vitamines. Nous avons signalé le fait pour les vitamines A et D et il est probable que les vitamines B et surtout C présentes dans le foie, ont leur utilisation liée à son fonctionnement.

Pour ne citer que certains phénomènes à la dysfonction hépatique et à l'avitaminose, citons les troubles oculaires, qui ne vont pas jusqu'à l'héméralopie chez certains enfants hépatiques.

Mouriquand et Bernheim ont d'autre part montré que la carence et la ration en vitamine C pouvait entrainer une modification de l'aspect du chondriome des cellules hépatiques (rappelant celle déterminée par l'inanition (Noël) qui semble à la base de certains troubles d'inassimilation.

Le pancréas parait spécialement fragile chez certains enfants pubères, qui, sans cause connue, font à ce moment des troubles de métabolisme des hydrates de carbone allant de la glycosurie simple des adolescents au diabète sucré consomptif. Or, on sait la liaison étroite existant entre l'insuline et la vitamine B dans le métabolisme des hydrates de carbone.

HORMONES, VITAMINES
ET INFECTIONS A LA PUBERTE

L'âge de la puberté étant par ailleurs l'âge scolaire, comporte la possibilité d'infections multiples. Notons que l'impulsion hormonale de croissance somatique et sexuelle, en surmenant l'organisme, entraine souvent sa déficience immunologique dans sa lutte contre les maladies infectieuses. Nous ne saurions toutes les envisager ici. Retenons (du point de vue hormonal et vitaminique) la diphtérie et la tuberculose.

L'infection diphtérique (de moins en moins fréquente à cause des vaccinations) s'observe encore assez souvent à l'âge de la puberté.

On sait que la toxine diphtérique qui atteint les divers appareils frappe plus spécialement le système nerveux et le système endocrinien. Nous avons surtout étudié avec Leulier et Sédallian l'action de cette toxine sur les surrénales. Comme nous l'avons observé, elle diminue rapidement la teneur en adrénaline de la medullo-surrénale, mais en même temps elle fait disparaitre en grande partie l'acide ascorbique de la cortico-surrénale.

Il apparait donc que dans les diphtéries toxiques il importe d'ajouter aux injections d'adrénaline classiques (pour relever la tension artérielle) de fortes doses d'acide ascorbique. Nous nous sommes assurés expérimentalement que, malgré la présence de la toxine, ces doses peuvent être au moins partiellement retenues par les surrénales. Nous avons, d'autre part, montré avec Leulier que l'avitaminose C entraine une diminution des stérols surrénaux. Il est probable que cette action de l'avitaminose sur ces stérols conditionne son action défavorable sur la cortine qui en est issue, et aussi, que la vitamine A, qui contient la cortico-surrénale, soit défavorablement influencée par cette carence.

La poussée pubertaire semble particulièrement favoriser le développement des poussées tuberculeuses aigües (granulies, bronchopneumonies tuberculeuses, etc.) il semble bien que pour certains sujets en état d'hypercroissance, l'immunité antituberculeuse soit réduite au minimum. Il est difficile de dire avec exactitude quels sont les rapports de cette immunité avec la suractivité ou la dysfonction endocrinienne. Comme nous l'avons signalé, l'hyperthyroïdisme, en favorisant l'hypercroissance et l'amaigrissement, peuvent diminuer la résistance organique. L'installation des règles peut coïncider avec les premières hémoptysies. La croissance osseuse excessive parait, non seulement diminuer les réserves nerveuses en calcium et phosphore, mais, semble-t-il aussi, les réserves pulmonaires protectrices du parenchyme. D'autres causes inconnues favorisent ces poussées tuberculeuses. En tout cas, un des facteurs certains réside dans l'hypoalimentation et le déséquilibre alimentaire. Pendant la guerre dans les empires centraux, les sujets surtout jeunes, mal nourris, ont été la proie de la tuberculose. Le fléchissement de la courbe des tuberculisations coïncide avec l'apport alimentaire

permis par l'armistice. Nous nous sommes demandé, dans quelle mesure la carence alimentaire expérimentale pouvait être responsable de l'évolution tuberculeuse. Il ne parait pas que cette carence favorise nettement l'extension des lésions anatomiques, mais elle empêche la nutrition générale de résister à leur action dystrophique. Les sujets non carencés meurent plus tard que les sujets partiellement carencés, et il leur faut des lésions beaucoup plus étendues pour les tuer. Des recherches récentes (bien exposées par André Policard, Montana-Médical, février 1938) indiquent que la plupart des tuberculeux sont en état d'hypo-avitaminose C. Si on donne à ceux-ci une dose importante d'acide ascorbique celui-ci est longtemps retenu par un organisme subcarencé et tardivement éliminé par l'urine, seulement lorsque l'organisme a fait son plein en vitamine C. Un sujet normal a des réserves suffisantes en acide ascorbique et élimine rapidement, par ses urines, la quantité supplémentaire qui lui est fournie.

Ainsi donc, à la puberté comme aux autres âges, le rôle des vitamines apparait comme important dans la lutte contre les maladies infectieuses. Certains faits semblent démontrer qu'elles peuvent agir en collaboration avec certaines hormones.

Mais existe-t-il, comme on l'a prétendu, une vitamine anti-infectieuse qui serait la vitamine A ? Le fait ne semble pas démontré.

En tous cas, retenons pour la pratique cette notion que l'équilibre hormono-vitaminique est important dans la lutte contre les maladies infectieuses survenant à la puberté, époque où, plus qu'à un autre âge, cet équilibre indispensable peut être facilement rompu.

HORMONES, VITAMINES
ET DYSTROPHIES GENERALES DE LA PUBERTE

Nous avons ci-dessus traité de l'obésité, nous n'y reviendrons pas (syndrome adiposo-génital). Retenons ici l'existence de certaines maigreurs de la puberté; maigreurs qui ne relèvent pas obligatoirement d'une hypoalimentation. Certains hyperthyroïdiens semblent maigrir

à cet âge, par excès d'élèvation de leur métabolisme basal. On sait d'autre part qu'une lésion hypophysaire peut entrainer une cachexie progressive (maladie de Simmonds). Il parait en être de même de certaines lésions surrénales. Dans ces différents cas il importe, à côté du traitement visant le trouble endocrinien, d'introduire dans l'alimentation les substances nécessaires au jeu des hormones et des vitamines (prohormones, provitamines, catalyseurs, etc.).

Ici se pose une question importante relative aux dystrophies de la puberté par rapport aux diverses carences alimentaires. Il est exceptionnel (sauf cas de guerre ou de graves troubles sociaux) d'observer à cet âge des manifestations de la carence affirmée, pourtant l'héméralopie et la xérophtalmie peuvent résulter, comme nous l'avons vu, d'un régime de pâtes trop prolongé.

Un régime carencé en vitamine C peut être responsable d'un scorbut même à cet âge. En Extrême-Orient, l'avitaminosee B1 peut provoquer les signes classiques du béribéri; le rachitisme est assez fréquent à la puberté. Mais dans la grande majorité des cas, il ne s'agit pas de carence totale et grave mais seulement de carence partielle du régime créant des formes frustes et surtout les dystrophies inapparentes qui, parfois, peuvent mettre en lumière certains facteurs de révélation (Mouriquand). Cette carence partielle semble aboutir surtout à un désiquilibre général asymptomatique facteur de déficience organique fonctionnelle générale et de fléchissement de l'immunité.

DYSTROPHIES PUBERTAIRES - CARENCES DIVERSES

Les diverses dystrophies pubertaires peuvent être, comme nous l'avons vu, dans ces cas améliorées ou guéries par une thérapeutique hormonale ou vitaminique; l'amélioration est surtout nette dans les cas où existe un trouble portant nettement sur une ou plusieurs glandes endocrines qu'on traite par l'opothérapie, ou relevant d'une carence alimentaire nette en vitamines. Mais ces cas ne sont pas les plus fréquents et chez nombre de sujets dystrophiques, l'action thé-

rapeutique des hormones ou des vitamines est insignifiante ou nulle même dans des cas où cette action pouvait être rationnellement prévue. C'est qu'il ne suffit pas d'ajouter hormones et vitamines à un régime carencé. Le jeu de ces substances est en effet conditionné par l'équilibre général de la ration. Une ration désiquilibrée (comme nous l'avons vu avec P. Michel pour l'extrait thyroïdien et pour l'huile de foie de morue riches en vitamine A et D) est non seulement nocif par lui-même, mais peut entrainer la toxicité de certaines substances hormonales ou vitaminiques. Nous avons en effet montré qu'en dehors des toxiques ordinaires agissant sur les organismes équlibrés, il existe des toxiques conditionnels (*dietotoxique*) qui ne deviennent nocifs qu'en présence d'un régime déséquilibré. Nous avons d'autre part montré que certaines vitamines (vitamine C) n'ont leur plein rendement qu'en présence d'un équilibre alimentaire. Celui-ci doit donc être à la base de toute thérapeutique hormonale ou vitaminique à la puberté.

Mais la question du jeu hormone et vitamine doit être étudiée sous un autre aspect. Dès 1925, nous avons montré qu'il ne suffisait pas d'envisager la carence alimentaire (absence de vitamines, provitamines, hormones, prohormones dans la ration) mais aussi la *carence digestive et nutritive*. En effet, la clinique montre qu'une ration équilibrée et non carencée peut être partiellement inutilisée du fait de troubles digestifs qui peuvent détruire les vitamines et les prohormones et empêcher leur absorption.

Il importe donc de guérir ces troubles digestifs pour laisser aux hormones et aux vitamines leur possibilité ultérieure d'utilisation.

Mais dans certaines conditions on peut observer, aussi bien chez l'enfant jeune qu'à la puberté, une *véritable carence nutritive*. Dans ces cas le régime est équilibré, la digestion bonne, mais le trouble d'assimilation et d'utilisation existe primordialement dans la nutrition elle-même (nous avons signalé les troubles hépatiques s'opposant à l'utilisation de telle ou telle vitamine, etc.). Divers troubles endocriniens, organiques ou tissulaires (à rechercher) doivent être tenus pour responsables de cette non-utilisation. Il en est de même de certaines infections larvées à rechercher (tuberculose, syphilis, etc.).

Il est des cas mêmes, où certaines lésions par carence hormono-vitaminique paraissent avoir atteint le stade d'irreversibilité (au moins partielle, rachitisme, dystrophique, etc.). Dans ces cas, toute médication hormonale vitaminique médicamenteuse est inopérante.

HORMONES, VITAMINES ET CHANGEMENTS CLIMATIQUES

A ce stade, le devoir du médecin est de ne pas encore renoncer à la lutte, car ces organismes inassimilateurs (dans lesquels parait compromis le jeu des substances maximales, des hormones et des vitamines) peuvent encore trouver le salut dans le changement climatique.

Nous avons décrit en 1932, et étudié depuis, un type de syndrome observé avant et pendant la puberté chez certains enfants, les « *inadaptés urbains* ». Ces enfants n'apparaissent pas, au moins dans leur séméiologie superficielle, comme des dysendocriniens, ni comme des carencés affirmés et pourtant, de toute évidence, leur nutrition générale est déficiente et déséquilibrée. Le jeu des substances maximales ou minimales se fait mal chez eux. Il en résulte des troubles souvent graves d'inassimilation et d'intoxication (liés au déséquilibre). La plupart sont des intolérants alimentaires à foie déficient, intoxiqués par les œufs, le lait, les corps gras et divers aliments. Ils sont le plus souvent nerveux, agités ou asthéniques, incapables de fixer en classe leur attention et présentent habituellement une courbe pondérale ou staturale insuffisante. Leur développement sexuel se fait souvent à retardement. Il en est qui sont albuminuriques, glycosuriques, acétonuriques, etc.

L'organisme tout entier souffre de cet état, chez ceux qui présentent des troubles hépatiques; une cure à Vichy peut être favorable. Mais le plus souvent échoue toute thérapeutique hormonale vitaminique, hydrologique et toute diététique même bien équilibrée. Si ces enfants sont envoyés loin de la ville (il faut le plus souvent un changement climatique important : 100 km. au moins) à la montagne, ou à la mer, tout change— en général — en quelques jours : l'appétit

revient, la langue se dépouille, l'intestin fonctionne, le foie ne manifeste plus son insuffisance, l'albuminurie et la glycosurie disparaissent, l'apaisement nerveux se fait. Toutes les fonctions d'assimilation et d'utilisation apparaissent comme réactivées. Le jeu des substances alimentaires maximales et minimales prohormones, provitamines, etc. retrouvent son plein rendement. Celui-ci ne peut être d'ailleurs compromis que par une hygiène alimentaire ou générale défectueuse.

Le choix du climat n'est pas toujours indifférent, chez la plupart de ces « inadaptés urbains » un séjour extra-urbain quelconque suffit. Quand il n'agit pas, on choisira entre la mer et la montagne. Les hypothyroïdiens mous, lymphatiques, ostéo-lymphatiques à métabolisme basal abaissé seront de préférence envoyés à la mer; y seront également envoyés les retardés de croissance auxquels l'Océan surtout donne une impulsion souvent salutaire, résultat de l'amélioration de tous les métabolismes hormonaux, vitaminiques ou autres. Certains sujets (spasmophiliques, rachitiques) s'améliorent à la mer et y dorment parce que leur fixation calcique osseuse et nerveuse s'y fait sans doute mieux qu'à la ville (amélioration en relation probable avec l'amélioration de leur fonctionnement parathyroïdien et de l'utilisation de la provitamine D).

Par contre, les sujets chez lesquels existe une poussée de croissance excessive attribuable à l'hyperfonctionnement hypophysaire, thyroïdien ou autre, seront écartés de la mer qui peut accentuer leur dystrophie par excès. Les anémiques (non rachitiques), les prétuberculeux seront envoyés à l'altitude où leurs troubles s'améliorent parallèlement à l'installation d'une eutrophie générale. Même s'il existe des troubles osseux on n'abusera pas, à la montagne pas plus qu'à la mer, de l'héliothérapie. Celle-ci, poussée trop loin, peut non seulement altérer les téguments, mais, comme l'uviothérapie, compromettre l'équilibre calcique (peut-être en partie par hypervitaminose D).

La résistance générale organique s'accroît et en particulier l'immunité antituberculeuse, mais sans régime spécial on voit spontanément s'améliorer des troubles digestifs jusque là chroniques, des albuminuries ou des glycosuries jusque là persistantes. Il n'est pas

jusqu'au métabolisme des sucres gravement compromis par l'insuffisance pancréatique qui ne tende à s'méliorer sous l'action naturellement combinée de l'insuline et du changement climatique. Celui-ci, lorsqu'il est toléré (il existe des cas d'intolérance) affirme fréquemment son action (lorsqu'elle est suffisamment prolongée) dans certains retards sexuels. On peut voir des pubertés jusque là retardées et, semble-t-il compromises, reprendre tout leur élan, grâce à ce changement climatique.

Il n'est pas dans notre intention d'analyser ici les éléments de climat ou même le milieu urbain défavorable à ces pubertés d'avec le climat extra-urbain (mer ou montagne) si favorable dans certains cas à la croissance sexuelle (voir notre livre avec P. Josserand : Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains, Paris 1935).

L'étude analytique de l'action des changements climatiques sur l'équilibre nutritif, entre à peine dans sa phase biologique. Mais la clinique « synthétique » permet d'affirmer cette action. Elle permet d'orienter désormais des recherches dans le sens du rôle du choc climatique, dans l'amélioration des métabolismes déviés, et plus spécialement semble-t-til, dans celui de l'utilisation des hormones et des vitamines, des diastases dont le jeu est indispensable, au premier chef, à cet âge hormonal vitaminique et dangereux qu'est la puberté.

L'Hôpital Sadiki de 1902 à 1915

Le Docteur Brunswic-Le-Bihan et ses tous premiers collaborateurs

par le Docteur G. BRUN
Directeur et Chirurgien-Chef de l'Hôpital Sadiki

Nous avons choisi comme sujet de notre causerie la période qui s'étend de 1902 à 1915, au cours de laquelle l'hôpital Sadiki subit une transformation radicale et profonde. Cette métamorphose est l'œuvre d'un homme qui fut tout à la fois un grand organisateur, un grand chirurgien et un grand Français, trop tôt disparu, et trop vite oublié. Sans doute eut-il l'intelligence de s'entourer de collaborateurs de qualité qui le secondèrent dans sa tâche, mais c'est Brunswic-le-Bihan qui a accompli l'acte essentiel, l'acte créateur, en rendant à cet hôpital la vie, « et rendre la vie, c'est recréer ».

Brunswic-le-Bihan, ancien interne des Hôpitaux de Paris, vint pour raison de santé, vers 1900, s'installer en Tunisie, à Nabeul, petite ville du Cap Bon où fleurit l'oranger, et région renommée pour la douceur de son climat. Il y créa une infirmerie-dispensaire si parfaite qu'elle devait servir de modèle pour toutes celles que l'on devait construire dans la Régence.

Ses succès opératoires furent si appréciés que sa renommée parvint jusqu'au Palais, et le Bey ayant un fils malade, le fit venir et lui confia son enfant. Celui-ci guérit, et en témoignage de reconnaissance, Son Altesse offrit à Brunswic le poste de chirurgien-chef de l'Hôpital Sadiki devenu vacant en 1902.

En fait, qu'offrait-on exactement à ce chirurgien ? Une vieille caserne de janissaires, délabrée, qu'un souverain, Es-Sadok Bey, avait eu l'heureuse idée de transformer en 1880 en hôpital qui portera désormais son nom. Mais le terme d'hôpital est bien trop flatteur pour qualifier cette sorte de caravansérail qui n'abrite que des aliénés, des incurables, des vieillards et des gâteux. De ce soi-disant hôpital, vous trouverez une description magnifique et saisissante dans la « Vie errante » de Maupassant, qui visita Sadiki en 1890.

«...Autour de moi, sur les quatre côtés de la cour, d'étroites cellules, grillées comme des cachots, enfermaient des hommes qui se levèrent en nous voyant et vinrent coller entre les barreaux de fer des faces creuses et livides. Puis un d'eux, passant sa main et l'agitant hors de cette cage, cria quelque injure. Alors les autres, sautillant soudain comme les bêtes d'une ménagerie, se mirent à viciférer, tandis que, sur la galerie du premier étage, un arabe à grande barbe, coiffé d'un épais turban, le cou cerclé de colliers de cuivre, laissait pendre avec nonchalance sur la balustrade un bras couvert de bracelets et des doigts chargés de bagues. Il souriait en écoutant ce bruit. C'est un fou libre et tranquille, qui se croit le roi des rois et qui règne paisiblement sur les fous furieux enfermés en bas.

« ...Puis en voici un vieux qui rit et nous crie, en dansant comme un ours :

« Fous, fous, nous sommes tous fous, moi, toi, le médecin, le gardien, le bey, tous, tous, fous.

« C'est un arabe qui hurle cela ; mais on comprend tant sa mimique est effroyable, tant l'affirmation de son doigt tendu vers nous est irrésistible. Il nous désigne l'un après l'autre, et rit, car il est sûr que nous sommes tous fous, lui, ce fou, et il répète :

« Oui, oui, toi, toi, toi, tu es fou ».

Et ce qu'il y a de plus dramatique, c'est que cet aliéné avait fait un diagnostic exact ; Maupassant, quelques mois plus tard, devait mourir fou.

Pour compléter la description de Maupassant, ajoutons que, au premier étage, des salles voûtées ne reçoivent air et lumière que par une porte étroite donnant sur une galerie. Le sol est de terre battue, recouvert d'immondices. Là sont entassés pêle-mêle, syphilitiques et tuberculeux, trachomateux aux yeux couverts de mouches et autres malades dans un état de cachexie lamentable. Quelques-uns sont accroupis ou allongés sur des nattes d'alfa, unique objet de literie, et près d'eux sont des écuelles contenant une bien maigre pitance. Une odeur vous saisit à l'entrée de ces taudis, ammoniacale et fécaloïde ; elle provient de caisses à pétrole faisant office de chai-

ses percées. Ni eau, ni gaz. Comme matériel chirurgical, quelques instruments à manche de bois, avec, concession à l'antisepsie, une marmite pour les faire bouillir, et qui sert aussi à la préparation des infusions et des tisanes.

Le personnel comprenait tout d'abord toute une série de personnages enturbannés ignorant complètement le français, ignorant l'existence des billets d'entrée, de sortie, des registres de pharmacie, des feuilles de température et bien d'autres choses encore; puis, les complétant dignement, des infirmiers, manœuvres grossiers chargés des plus basses besognes. Enfin, brodant sur le tout, un Algérien parlant un peu le français, interprète, préparateur, pharmacien, chloroformisateur.

L'hôpital ne possédait ni lingerie, ni buanderie, ni pharmacie, et dans ces conditions, les services administratifs devenaient bien inutiles. Par contre, cet hôpital avait deux directeurs. Pour l'un, ce titre n'était qu'une occasion d'émarger au budget; pour l'autre, on compredra après ce que nous venons de dire, que la besogne n'était ni longue ni difficile.

Mais qui payait les frais de gestion de cet hôpital ? Une femme de bien, la princesse Aziza Othmana avait légué à sa mort le revenu de ses propriétés complantées en oliviers pour subvenir aux besoins des malheureux hospitalisés. Les revenus étaient suffisants sans doute, mais Sfax et Sousse sont bien loin de l'Hôpital Sadiki, et pendant le voyage, ces revenus s'amenuisent et il n'en parvient à l'hôpital qu'une quotité dérisoire et nettement insuffisante. J'imagine que les directeurs de cette époque ont dû, eux aussi, demander à l'administration chargée de la gestion des biens d'Aziza Othmana s'il n'était pas possible d'augmenter ces revenus. Sans doute, la réponse qui leur était faite était la même que reçurent les successeurs : « La récolte est bonne cette année, il y a beaucoup d'olives, mais l'huile ne se vend pas ». Et l'année suivante : « Oui, l'huile se vend très chère cette année, mais il n'y a pas d'olives ». Et j'ajoute que depuis quelques années, l'administration qui gère les revenus d'Aziza Othmana ne s'est plus donné la peine de fournir des expliations. Elle s'est contenté de supprimer ces revenus. Et Sadiki, aujourd'hui, est doté d'un budget d'Etat.

Et, au moment où Brunswic prend l'hôpital, ces pauvres revenus, déjà bien insuffisants, sont dilapidés, et de quelle façon : Nous n'en voulons pour preuve qu'un extrait de la Commission Administrative qui, après une enquête, a pu donner à Brunswic mission d'introduire de l'ordre et de la méthode dans les différents services.

Voici cet extrait :

« ...Monsieur le Docteur Brunswic-le-Bihan devra avant tout introduire de l'ordre, de la méthode et de la discipline dans les différents services : les fournisseurs ne sont soumis à aucun contrôle sérieux et méthodique ; la livraison des marchandises, des légumes secs pesés avec leurs sacs ne présente pas le poids réglementaire ; des pommes de terre sont livrées en état de germination avancée ; le lait est mouillé, le pain est apporté chaud et très humide ; la semoule est vendue à l'hôpital à un prix de gros supérieur au prix de détail auquel elle est vendue en ville.

« Certaines dépenses sont engagées de façon enfantine : les laveuses attachées à l'hôpital sont payées proportionnellement au poids du savon employé par elles. Il n'existe aucun contrôle de la dépense en vivres, aucun approvisionnement sérieux, le linge est en mauvais état et insuffisant.

« D'autre part, des abus très graves se produisent ; sous divers prétextes, la plupart des employés emportent du pain, des œufs, du lait, des plats de nourriture, hors de l'hôpital ; on a même surpris à différentes reprises des œufs et divers aliments que l'on tente de faire sortir par la porte réservée aux enterrements, les œufs, les aliments étant cachés sous le suaire des cadavres. »

Tel était Sadiki au moment où Brunswic en devint le directeur. Il vous est loisible d'aller aujourd'hui constater vous-mêmes l'œuvre accomplie. Sadiki vaut bien une visite, que vous soyez peintre, poète, médecin ou simple touriste. Toutes les rues et les ruelles y mènent. Mieux vaut l'aborder en traversant la ville arabe, c'est une promenade ravissante, et après avoir parcouru les souks mystérieux et obscurs, vous serez par contraste agréablement surpris par sa blancheur lumineuse et émerveillés par son luxe évident de propreté et par

l'admirable transformation de cette vieille caserne en un hôpital moderne qu conserve son caractère oriental, pittoresque et charmant.

Organisateur incomparable, Brunswic le prouve en mettant de l'ordre et de la discipline dans cette pétaudière, en mettant fin à la gabégie existante, mais il lui fallut pour cela lutter contre les usages et les coutumes, les préjugés, lutter surtout contre les privilèges depuis si longtemps établis, lutter contre les personnes, et ce ne fut pas là la partie la moins difficile de son programme. Mais des transformations radicales s'imposaient. Il eut l'audace de les entreprendre en appliquant des procédés chirurgicaux.

Mais il eut la chance, pour mener à bien son œuvre, de rencontrer deux hommes intelligents, éclairés et compréhensifs, le Secrétaire Général et le Directeur des Habous de cette époque. Tous deux s'étaient immédiatement rendu compte de tout ce quon était en droit d'attendre de cet homme d'action et de réalisation, capable de décisions rapides, lucides, courageuses, sachant où il allait et comment y aller. Ils n'eurent pas comme unique mobile de leur activité administrative de contrecarrer ses projets, de les enterrer dans un tiroir, de leur opposer la force d'inertie qui est la manière la plus efficace de décourager les bonnes volontés. Ils comprirent que, loin de diminuer cet homme dans ses forces vives, de le rebuter, de jalouser son autorité et son influence de jour en jour grandissante, il était plus habile, plus politique de lui laisser le champ libre, les coudées franches, bref d'en faire quelqu'un pour qu'il puisse réaliser quelque chose.

Puisque Sadiki devait désormais devenir un hôpital, il fallait qu'il cesse d'être un asile d'aliénés, un hospice de vieillards et d'incurables. Et il en fut ainsi. Les fous, les aveugles, les gâteux furent hospitalisés dans d'autres locaux. Il fallait créer de toutes pièces un cadre administratif, établir un budget digne de ce nom, équilibrer les recettes et les dépenses, et il en fut ainsi, et cela n'a rien qui doive nous surprendre, étant donné la ténacité de l'Administrateur.

Mais il était aussi chirurgien, élève des Lucas-Championnière et des Terrier; il avait profité des leçons de ces maîtres à qui nous devons l'antisepsie et l'asepsie, et il n'ignorait pas tous les bénéfices que ses malades allaient tirer de l'application de méthodes jusque-là

ignorées dans cet hôpital. Il organise de toutes pices des sallles d'oéprations septiques et aseptiques, qu'il orne, qu'il meuble et qu'il dote du matériel opératoire le plus moderne de l'époque. Mais ce chirurgien est doublé d'un fin psychologue qui comprend tout de suite l'influence considérable que la chirurgie va exercer sur les Arabes, étonnés d'abord, émerveillés ensuite des résultats obtenus, résultats immédiats, patents, incontestables. Et l'Arabe acceptera plus volontiers l'opération que la discipline d'un traitement médical de longue durée. C'est pour cela que Brunswic développera d'abord les services de chirurgie, mais pour capter la confiance de ces malades, rétifs au début, il sait qu'il faut ne pratiquer qu'une chirurgie sage, prudente et efficace, et éviter à tout prix les insuccès ; il a appris qu'un seul décès éloignera de son hôpital plus de malades que n'en attireront des centaines de guérisons éclatantes ; et cette prudence que d'aucuns pourront trouver excessive, appliquée par un chirurgien de sa classe et de sa qualité, a bien servi tout à la fois la renommée du chirurgien, ce qui est bien, la gloire de la chirurgie, ce qui est mieux, et enfin et surtout l'intérêt des malades, ce qui est l'essentiel. C'était là le résultat escompté et qui fut obtenu.

Gosset a pu dire : « Un chirurgien, ce n'est jamais un homme seul, c'est vingt personnes, cent personnes unies dans une même discipline pour le succès d'une entreprise et le salut d'une pensée ». Et Duhamel, brodant sur ce thème, a pu dire dans son beau discours à l'Académie de Chirurgie : « ...Le philosophe n'a besoin, pour philosopher à l'aise, que du silence et du respect. Donnez au statuaire un pain d'argile et de la clarté, vous lui donnez le nécessaire. Un écrivain, s'il est inspiré, ne demande rien qu'un peu d'encre et qu'une feuille blanche. Mais pour que le chirurgien mène à terme son œuvre étonnante, il faut qu'une foule de collaborateurs rigoureusement spécialisés soient assidus à leur poste, l'un offrant ses mains expertes, l'autre présentant le masque endormeur, l'autre encore préparant, avec les gestes rituels, instruments ou matériaux. Quand vous officiez, Messieurs, tout s'ordonne autour de vous comme pour une danse sacrée, comme pour une cérémonie religieuse. Qu'un seul des serviteurs du temple manque d'intervenir à point nommé, voilà toute l'harmonie compromise. Le génie du chef est essentiel, mais il n'est pas seul en jeu ».

Et cette doctrine qui est aujourd'hui l'objet d'un assentiment unanime, Brunswic l'avait comprise avant M. Gosset, et avant M. Duhamel. Il lui faut des collaborateurs. Il a la très grande chance de recevoir la visite d'un de ses camarades, autrefois comme lui préparateur au Collège de France, dans le laboratoire de Marey : Charles Comte. Ils échangent entre eux des souvenirs du passé; Comte vient de monter avec Hallion et Carrion un laboratoire de stérilisation et de biologie, « avec moins de rien », ajoute-t-il. Quelle belle formule, et susceptible de plaire à Brunswic qui met tout son talent de persuasion à dérider Comte à rester avec lui. Le marché est conclu, et c'est Charles Comte qui, avec son ingéniosité proverbiale, crée de toutes pièces et suivant sa formule, « avec moins que rien », le laboratoire de stérilisation où seront traités les cotons, les catguts, les crins, les drains, les compresses, bref tout le matériel opératoire reçu directement de la fabrique, ce qui permet de réaliser des économies considérables. Avec ce laboratoire, Sadiki devançait, à cette époque, la plupart des hôpitaux de France, et surprenait tous les médecins étrangers qui venaient le visiter. Après avoir monté ce laboratoire, y avoir dressé un personnel spécialisé, Comte partit comme préparateur à l'Institut Pasteur, devint plus tard Médecin Inspecteur des Epidémies; et ce grand modeste a quitté le métier sans rien demander. Ne nous étonnons pas s'il n'a rien obtenu.

C'est de cette époque que date la création de l'Internat de l'Hôpital Sadiki. Le premier interne fut Cardaliaguet, dont la vie exemplaire comme médecin de colonisation servit de thème au discours du regretté Dr Nicolle lors du dernier Congrès Médical de Tunis. De nombreux internes de Sadiki devaient, leur internat achevé, faire partie de ce corps d'élite des médecins de colonisation. Mais une place particulière doit être faite au meilleur d'entre eux, le plus aimé de ses confrères, le plus vénéré de ses malades, celui que nous nommions le médecin sans peur et sans reproches, Ernest Conseil.

Brunswic comprit qu'il était indispensable d'associer à son œuvre des collaborateurs musulmans; il n'y avait alors en Tunisie que deux médecins arabes, le Docteur Dinguizli et le Docteur Bouhageb. Ce dernier est nommé médecin adjoint à l'hôpital, il fut un des collaborateurs les plus dévoués du nouveau directeur. Mais cela était insuffisant. Brunswic créa alors le corps des auxiliaires médicaux, qu'il

recrute parmi les jeunes gens appartenant à la petite bourgeoisie tunisienne, et ayant obtenu leur certificat d'études. Cest lui qui va se charger de leur donner un enseignement professionnel en leur apprenant les éléments d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Mais il se préoccupe surtout de leur enseignement pratique qui est des plus poussés. Instruits, ils sont à même de mieux comprendre et de mieux apprécier l'œuvre de leur patron. Ils contribueront à répandre la bonne parole, ils trouveront les arguments nécessaires dans les versets même du Coran, pour convaincre leurs coreligionnaires. Et la chose leur sera d'autant plus facile qu'ils ne doutent pas de l'homme qu'ils admirent chaque jour davantage.

De l'équipe première ainsi formée, j'ai la grande chance de posséder deux survivants à l'Hôpital Sadiki. Ce sont mes collaborateurs de tous les jours, je puis dire de tous les instants.

L'un d'eux est Ali Matri; formé et instruit par le docteur Comte, il est depuis trente cinq ans à la tête du laboratoire de stérilisation, devenu aujourd'hui une véritable usine. Son honnêteté scrupuleuse et son dévouement ont fait l'admiration de tous ceux qui l'ont connu. Si toutes les générations d'internes et de chirurgiens qui se sont succédées à Sadiki ont pu sans angoisse opérer des milliers de malades, c'est qu'ils étaient sûrs de la stérilisation parfaite que faisait Matri. A ce titre, on peut affirmer que des milliers de malades lui doivent la vie : c'est un titre de gloire dont peu d'hommes ici-bas peuvent s'enorgueillir.

L'autre est le fidèle Sadok ben Ammar, qui aime son métier avec passion, qui sait lui sacrifier ses congés, ses fêtes, ses nuits. Il aime bien son pays, mais il aime aussi la France qu'il sert loyalement, car c'est un homme intelligent et de bonne foi, qui a été à même d'apprécier ce que la science française a pu réaliser pour ses frères tunisiens, et les services par lui rendus ont été reconnus d'une manière éclatante : En 1925, M. Lucien Saint, Résident Général, venait à l'hôpital épingler sur sa blouse blanche la croix de la Légion d'Honneur.

Les collaborateurs sont à pied d'œuvre, le matériel est prêt, Brunswic va opérer. C'est en 1904 que j'ai eu pour la première fois l'hon-

neur de l'approcher. Jeune éudiant en médecine, je faisais comme infirmier mon service au quatrième régiment de zouaves, à la caserne de la Kasbah. La visite régimentaire commençait à 7 heures et se terminait à 8 heures et demie. Nous étions autorisés ensuite à passer le reste de nos matinées dans les hôpitaux. Il nous suffisait de traverser la place pour nous rendre à Sadiki. J'avoue que Brunswic proruisit sur moi une telle impression que je rêvais de devenir un jour un de ses collaborateurs, je n'avais jamais osé envisager la possibilité d'être un jour son successeur. C'était un homme de haute taille, aux larges épaules, musclé comme un athlète, les cheveux rabattus sur le front et coupés à la chien. Il avait de longues moustaches relevées et une barbiche à la mousquetaire. Il représentait pour moi, à cette époque, le type parfait du chirurgien. Je serais moins exigeant aujourd'hui, tout au moins quant à la moustache et à la barbe. Il accueillait avec plaisir ceux qui lui rendaient visite, et s'il avait la réputation d'être très dur avec son personnel et d'avoir mauvais caractère, il était charmant avec l'étranger, immédiatement conquis par la finesse de son esprit, l'intensité de son rayonnement, et l'agrément de sa conversation étincelante. Il aimait opérer devant un public nombreux ; il n'ignorait pas du reste l'impression profonde qu'il produisait sur l'assistance par la sûreté , la rapidité, l'élégance de ses techniques. Aux séances opératoires, qui avaient lieu trois fois par semaine, un nombreux public l'entourait, composé non seulement du personnel médical et infirmier disponible de l'hôpital, de médecins militaires, de praticiens de la ville, mais aussi et très souvent des parents de l'opéré, lorsque ceux-ci le demandaient. Et, s'il a été un des premiers en France après Tuffier, à pratiquer la rachianesthésie, on peut supposer, sans être taxé d'exagération, qu'il a adopte ce mode d'anesthésie pour permettre aux patients eux-mêmes d'assister à l'opération.

Les deux premières opérations que j'ai vues sont restées présentes à ma mémoire. La première était une taille hypogastrique pour extraction d'un calcul vésical. Le public est nombreux, il y a là deux des parents du malade, maintenus à distance par des auxiliaires. Tour-à-coup, le malade est placé dans la position de Tredelembourg, c'est-à-dire la tête en bas. Les parents stupéfaits ne peuvent s'empêcher d'échanger à haute voix leurs impressions : « Oh ! Oh ! Regarde, on le met comme la poule que l'on va sacrifier, la tête en bas ! » Mais un seul regard de l'opérateur les réduit au silence, pétrifiés.

L'opération commence. La vessie est rapidement gonflée d'air et ouverte d'un seul coup de bistouri, et on en extrait un calcul gros comme une amande, que Brunswic laisse tomber négligemment sur la glace de sa table. Un auxiliaire le ramasse et refoulant dans le couloir ces spectateurs de quelques minutes, les laisse maintenant donner libre cours à leur admirative stupéfaction. Elle se traduit ici par plus de gestes que de mots : «Bah ! Bah ! Bah ! C'est une pierre, c'est bien une pierre ! comment cela peut-il se faire ?» Ce caillou est pesé, soupesé, il passe de mains en mains, on le laisse encore tomber et retomber plusieurs fois par terre : il n'y a pas de doute, c'est bien une pierre. Et maintenant, on la leur reprend et on leur rend la liberté. Et un moment après, chez le barbier de la porte Bab-Menara, cette pierre a le volume d'une orange ; à midi, chez le caouadji de la place de la Kasbah, en humant leur café, les parents racontent pour la dixième fois l'histoire de la pierre, et elle atteint le volume de deux poings. Elle grossira encore, et là-bas, dans le village de l'opéré, elle aura atteint le volume d'une pastèque.

Deuxième cas : Un kyste hydatique du cerveau. Brunswic avait convoqué ce jour-là quelques journalistes arabes ; voici le reportage que fit de l'opération, dans un journal de langue arabe, un des assistants :

« Notre chirurgien (car le chirurgien de l'Hôpital Sadiki est le chirurgien des Arabes) avec un ciseau et u nmaillet, lui fendit le crâne qui éclata comme une grenade. Alors, on lui retira la cervelle, on la disposa sur la table pour bien l'examiner. Il l'essuya avec du coton imbibé d'eau de roses et ensuite il la replaça dans la cavité crânienne qui fut refermée. Le malade put retourner quelques jours après à son domicile. Il avait avant l'opération des maux de tête que rien ne calmait, qui le rendaient mélancolique, irascible et quelquefois haineux. Après l'opération, bien qu'il eût deux femmes, il voyait la vie tout en roses ».

Pour certains, cette manière d'agir paraîtra peut-être charlatanesque ; nous ne le pensons pas. Brunswic voulait convaincre par l'exemple. Et du reste, Duhamel n'a-t-il pas pu affirmer que :

« L'acte chirurgical est grand parce que c'est un acte public, un acte détecteur, un acte concerté.

« Messieurs, j'ai connu des savants. Il m'a souvent été donné de les voir à l'ouvrage, sous la lueur du laboratoire, ou de les escorter dans leur féconde et tâtonnante méditation. J'ai toutefois le sentiment qu'il eût fallu quelque miraculeuse conjoncture pour me faire assister à l'acte créateur, à la minute illuminante, à la visite de l'ange, à l'opération cardinale par laquelle un savant remplit sa fonction véritable. J'ai connu, je connais des poètes et des écrivains de haut mérite. Ils veulent bien m'introduire à certaines de leurs songeries. Je les ai vus, je les vois parfois, la plume à la main, aux prises avec les mots, peut-être avec les idées. Je les vois rarement, je ne peux que très rarement les entrevoir dans la fièvre prométhéenne. Cette fièvre ne souffre guère l'indiscrétion, même pieuse. J'ai vécu dans l'amitié d'artistes admirables. La plupart d'entre eux tolèrent mal de travailler sous un regard étranger, encore ce regard serait-il conquis d'avance. L'homme qui se donne à l'acte de création demande presque toujours la solitude. Or, vous, Messieurs, vous accomplissez une des choses les plus difficiles, une des choses les plus audacieuses du monde et vous l'accomplissez à portes ouvertes.

« ...A l'amateur intelligent, au journaliste, à l'enquêteur, vous refusez bien rarement et étrange droit de regard ».

Et parlant comme s'il était lui-même chirurgien, Duhamel ajoute :
« Regardez-moi donc : Regardez ce que je fais. Ce n'est pas une besogne aisée. Jugez-moi si vous l'osez et tâchez de me comprendre. Je ne vous cacherai ni mes erreurs, ni mes fautes. Je sais trop bien que s'il m'arrive, ce matin, de les celer au dernier des spectateurs, je les cacherai ce soir à mes élèves, je les cacherai demain à mon assistant direct, mon disciple et mon ami. Je sais trop bien que si je cache demain quelque chose à ce collaborateur filial ou fraternel, je suis, sans doute , sur le point de tout me cacher à moi-même. C'est pour ne rien me cacher à moi-même de mes faux-pas ou de mes tâtonnements que je m'offre en spectacle, dans l'exercice de mon ministère, modestement et fièrement ».

« Ces paroles que je vous prête, permettez-moi, Messieurs, de les résumer encore ainsi : La chirurgie n'est pas un accomplissement secret, une besogne de l'ombre. Elle est, par excellence, une œuvre de la lumière ».

Et c'est pour avoir mis en pratique ces vérités que Brunswic devait attirer à l'Hôpital Sadiki des malades de plus en plus nombreux, venus non seulement de tous les points de la Tunisie, mais de l'Algérie, du Maroc, de la Tripolitaine et même de l'Egypte. N'était-ce pas la plus belle manière de servir la cause de l'influence française en ces pays musulmans ?

L'hôpital devint trop petit. Il était urgent de l'agrandir, et la chose n'était possible à cette époque que du côté du cimetière qui bordait à l'ouest l'hôpital. C'était un vieux cimetière musulman, désaffecté depuis longtemps. Ce cimetière, Brunswic le convoite, et bientôt le réclame : Il va trouver le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien. Il m'est facile d'imaginer la conversation échangée entre ces deux hommes. Brunswic désire ce cimetière pour le transformer en partie en un jardin qui permettra à ses malades de prendre un peu d'air et d'exercice. Il est urgent de construire une buanderie, un étendage, un laboratoire, une morgue, et de donner plus d'air et de lumière aux salles du rez-de-chaussée. Mais cette autorisation lui est refusée. On ne manque pas de rappeler à Brunswic qu'hier encore son hôpital était encombré par des blessés de l'émeute du cimetière du Djellaz. La cause de cette émeute : Le Service Topographique voulait seulement relever les plans du Djellaz. Et Brunswic a la prétention de transformer un cimetière en un jardin.

Brunswiv ne se tient pas pour battu. Il sait son influence sur les musulmans. Il connaît leur respect pour leurs morts, mais ce respect nc doit pas compromettre l'intérêt des vivants. Alors c'est lui-même, pioche en mains, avec son personnel, qui perce le mur qui sépare le cimetière de l'hôpital, et fait occuper ce cimetière par ses malades. Il met ainsi l'administration devant le fait accompli, sans que s'élève dans le milieu arabe une seule protestation.

Faire admettre par les musulmans la nécessité absolue de la pratique des autopsies, celle des exercices de médecine opératoire, sera chose facile pour Brunswic, grâce à la confiance absolue qu'il a su inspirer, en ayant toujours pour devise « la vérité dans la science, la moıalité dans l'art ».

Brunswic rêvait toujours d'un hôpital plus beau et en avait prévu

tous les agrandissements. La mort le surprend trop tôt, hélas, en 1915. Il laissait à cette époque, le plus bel hôpital de l'Afrique du Nord. Et il n'est pas douteux que s'il avait vécu, il serait sûrement arrivé à réaliser son rêve : faire de l'Hôpital Sadiki un des hôpitaux les plus actifs et les plus intéressants du monde. Car il n'avait pas seulement la foi et l'enthousiasme qui réchauffent ; il possédait aussi la combattivité agressive et parfois caustique qui provoque le heurt et n'en assure que mieux le cheminement des idées.

Qu'il me soit permis de remercier Monsieur le Docteur Burnet d'avoir donné au successeur de Brunswic-le-Bihan, l'occasion de lui rendre ici ce public hommage.

C'est grâce à des hommes de sa valeur, à leur sens de la justice et de la fermeté, grâce à leur compréhension de la mentalité indigène, qu'ont été obtenus les résultats magnifiques qu'il vous sera possible de constater en visitant la Régence.

***

Mais l'intérêt d'un hôpital, ce qui lui donne sa vie, ce qui lui crée une âme, ce sont les malades qui le fréquentent. Sachez que près de 600.000 malades ont franchi l'année dernière le porche de Sadiki pour venir se faire ausculter, panser, piquer, inoculer, vacciner, radiographier. Car la chirurgie n'est plus seule à avoir les faveurs de la clientèle. Tous les services de médecine et de spécialités reçoivent de jour en jour plus de visiteurs.

Allez à Sadiki, et vous en remporterez une impression réconfortante, lorsque, après avoir traversé la cour centrale, véritable cour des miracles, où des centaines de pauvres hères couverts de haillons attendent avec patience leur tour, vous les retrouverez quelques instants après leur admission, lavés, douchés, rasés, et enfin confortablement couchés dans des lits moelleux aux draps blancs. Ils seront nourris comme la plupart d'entre eux ne l'ont jamais été de toute leur existence.

Les hommes sont venus les premiers, puis les femmes ont suivi leur exemple et ont amené enfin leurs enfants, dont elles se séparent pourtant difficilement.

Si, il y a quelques années encore, le médecin, appelé à examiner une femme, devait se contenter pour faire un diagnostic, de prendre le pouls, de regarder la langue, ou d'apercevoir un centimètre carré de peau dans la région présternale, aujourd'hui, tous les examens sont possibles, les examens gynécologiques compris. Il suffit, pour les obtenir, de leur voiler la face. Sans doute, comme dans d'autres pays, quelques-unes sont pudibondes, et ce n'est pas sans longues hésitations ou même protestations qu'elles se laissent faire. Nous n'en voulons pour exemple que l'histoire de cette femme qui, hier encore à Sadiki, refusait de se laisser prendre la température vaginale par l'infirmière, en criant qu'elle ne voulait pas se laisser faire un enfant par le thermomètre. Pareille naïveté permet peut-être de comprendre cette croyance si répandue dans le monde indigène de l'enfant endormi. Cet enfant endormi est un enfant conçu et qui ne vient au monde que bien longtemps après les neuf mois accordés à l'évolution d'une grossesse normale. Lorsque le guerrier, le marchand reviendront au foyer, après dix, quinze ou dix-huit mois d'absence, ils ne seront pas étonnés de voir naître, quelques jours après leur arrivée, un enfant enfant qui a attendu pour venir au monde le retour de son père.

Cette théorie a sans doute été inventée par les femmes mauresques pour pallier aux rigueurs de la loi qui punit de mort le crime d'adultère, crime qu'il serait bien difficile de nier devant le résultat. Et on ne sait, à la vérité, ce qu'il faut le plus admirer, du talent persuasif des femmes qui ont pu faire accepter cette croyance, si providentielle dans certains cas, ou de la crédulité ineffable des hommes, qui sont si sceptiques sur la vertu des femmes en général, mais qui ne sauraient admettre que la leur a pensé même un jour à les tromper.

Tout malade qui vient à l'hôpital consulter, s'il n'es tpas admis, reçoit des médicaments. Cette distribution gratuite attire énormément de malades. Ce n'est pas que l'usage qu'ils en font de ces médicaments soit toujours très judicieux; témoin le cas de cette vieille femme arabe, qui, ayant une poussée hémorroïdaire et des troubles dyspeptiques, reçoit des suppositoires et des cachets. Elle revient quelques jours après et dit au médecin : « Les petits bonbons pointus que tu m'as donné l'autre jour sont agréables au goût. Ils m'ont fait beaucoup de bien, mais je te rends les cachets, car tu ne peux

t'imaginer la difficulté que j'ai eu à les introduire où tu sais ». Néanmoins, elle venait avec son fils, âgé d'un dizaine d'années, en ajoutant que lui aussi avait apprécié les suppositoires, qu'il avait sucés, et elle venait en réclamer une double dose, car son enfant avait le côté gauche très enflé, et depuis l'absorption de ce médicament se sentait beaucoup mieux. Somme toute, il n'y a que la foi qui sauve. L'examen de l'enfant nous permettait de faire le diagnostic de kyste hydatique de la rate. Il fut admis à l'hôpital. Opéré, il guérit. Et Voilà comment ce médicament, d'une manière imprévisible sans doute, et indirecte, permit néanmoins de guérir un malade. Il n'y a que le résultat qui compte.

Les arabes sont dans la majorité des cas des malades agréables et faciles à soigner. Si quelques-uns sont encore butés, et refusent systématiquement une opération, lorsqu'il s'agit de grosse mutilation, une amputation par exemple, ils sont l'exception. On arrive aujourd'hui à les convaincre facilement de la nécessité de l'intervention. On ne peut s'empêcher d'admirer leur calme, leur sérénité, leur confiance avant l'opération, et après elle, leur tenue, leur résistance à la douleur leur docilité, leur soumission sans discussion à la discipline hospitalière. Mais ce qui surprend le plus,c'est leur résignation, leur courage tranquille devant la mort. Trente-cinq ans d'hôpitaux, quatre années de guerre nous ont donné le triste privilège d'assister à de nombreuses agonies. Sans doute, chez des malades d'autres religions, avons-nous vus la mort acceptée avec stoïcisme, mais jamais nous n'avons observé une si magnifique indifférence devant la mort.

Pour arriver à discerner les causes d'une pareille attitude, il faudrait être un véritable philosophe. Toutes ces anecdotes vous ont peut-être permis de vous faire une idée de la mentalité de nos malades. Je vous laisse le soin de conclure, car il me semble que j'ai déjà trop longtemps parlé, j'abuse de l'attention amicale que vous avez bien voulu me prêter. Un de nos confrères a pu donner du médecin la définition suivante : « Le médecin est l'homme qui, par goût et par devoir, se mêle de ce qui ne le regarde pas ». J'en ai dit assez, je pense, depuis que vous m'écoutez, pour vous avoir fait sentir que si depuis une heure, j'essaye de me faire passer pour conférencier, je suis avant tout un médecin.

Les principes et la méthode scientifique du prolongement de la vie productrice

par le Professeur Nicola PENDE

Ces pages brillantes du Pr Pende nous donnent l'essentiel de sa pensée et la clef de sa méthode. En réalité, elles n'ont été que l'introduction lumineuse de la conférence, qui a consisté surtout en images photographiques et cinématographiques, présentées et expliquées avec autant de science que de talent. Il est malheureusement impossible de donner ici ces images en mouvement et cette science en action. Pour ceux qui ont vu et entendu, c'est une preuve que la valeur d'un Congrès est souvent beaucoup plus grande que ce qu'il est possible d'en conserver sur le papier.

Il y a des savants qui s'illusionnent eux-mêmes et faisant illusion aux milliers de rêveurs qui espèrent dans le miracle du rajeunissement de Faust, croient et laissent croire qu'il suffit d'une greffe de glandes ou une série d'injections d'extraits glandulaires, ou de quelques-unes des différentes opérations tour à tour proposées, sur les glandes sexuelles, pous retarder la vieillesse ou la faire reculer quand elle a déjà imprimé sur le corps et sur l'âme les stigmates des ses blessures cruelles.

La question du prolongement de la vie humaine, productrice et reproductrice, créatrice d'enfants, repose sur des principes scientifiques bien différents, et avant tout sur le principe que chacun de nous décline et vieillit à sa manière, selon les conditions héréditaires,

congénitales et acquises de son individualité biologique. En second lieu, c'est surtout le mode de formation, de développement harmonique ou désharmonique de l'être humain, qui commande le mode de déformation présenile et du vieillissement de chacun.

C'est donc, d'après mon opinion, à la phase de la fabrique corporelle et psychique de l'individu, cette phase d'où dépend la solidité ou la fragilité de cette fabrique et en conséquence sa durée et sa longévité, qu'il faut surtout s'adresser, si l'on veut obtenir, non seulement un prolongement de la durée de la vie avec tous ses malaises et ses chagrins, mais le prolongement d'une vie pleine de santé et de productivité, pleine de ce grand bonheur qui vient du bien-être du corps et du bien-être de l'âme.

Après le contrôle, la correction et la normalisation de l'individu en voie de développement, pour en faire un sujet adulte fort de muscles, de cœur et de cerveau, avec toutes les ressources de la médecine de la croissance, le deuxième grand instrument de la lutte contre l'invalidité et l'impuissance fonctionnelle et reproductrice prématurée, de la lutte contre la vieillesse, c'est un autre contrôle médical, un autre champ de protection de la constitution individuelle et de la prévention des maladies et des troubles seniles. C'est ce que j'appelle *le contrôle et la révision du moteur humain à l'âge de déformation ou présénile de la vie* vers 40-50 ans.

C'est l'âge où commencent les altérations régressives, visibles et non visibles, des tissus extérieurs, les altérations du tissu élastique de la peau, des artères, des poumons, des ligaments, avec l'incursion du tissu fibreux et du tissu adipeux, et des précipitations de calcium, de choléstérol, d'acide urique; l'âge où l'acidose des humeurs prend toujours davantage le pas sur l'alcalose, et le sympathique sur le para-sympathique, et le catabolisme sur l'anabolisme, et les hormones cataboliques, comme l'adrénalime et la thyroxine et certaines hormones hypophysaires sur les hormones anaboliques et sur les hormones génitaux.

Nous sommes ainsi en possession des deux grands moyens qui nous permettent beaucoup plus que la greffe ou les traitements glandulaires, égaux pour tous les individus, de réaliser la vraie prévention

de l'invalidité, des maladies et de la vieillesse, la vraie bonification de l'individu et de la race. Le premier moyen c'est *l'orthogénèse des enfants et des adolescents*, c'est-à-dire l'étude approfondie, après la naissance, du *biotype*, de la personnalité complète de l'enfant, afin d'en déceler les erreurs de construction, les anomalies organiques et fonctionnelles et les corriger avec les méthodes de la médecine individuelle de la croissance.

Le deuxième moyen, c'est l'étude attentive du sujet en apparence sain à son âge mûr, afin de déceler les premières déviations fonctionnelles des tissus et des tumeurs et du système neuro-psychique, et d'empêcher qu'elles passent à des états morbides, qui amoindrissent la capacité productive et reproductive, et anticipent sur la sénilité et la mort.

Comme le système endocrinien est orienté fonctionnellement selon l'hérédité biologique individuelle, et comme d'autre part, c'est lui qui commande sur tous les autres tissus dans la régulation de la dépense de l'énergie vitale et de la croissance du corps et même de l'esprit, il est tout à fait naturel que les traitements d'orthogénèse ou de normalisation de la croissance, et les traitements de *réparation du moteur humain* à l'âge du déclin, doivent commencer par l'étude diagnostic de la formule endocrinienne de l'individu, de l'état de bonne ou de mauvaise activité fonctionnelle du système glandulaire. Et c'est ce *diagnostic endocrinien individuel* qui doit diriger nos efforts normalisateurs et réparateurs. Donc, pas une panacée glandulaire unique pour tous ; pas la même greffe ou les mêmes préparations hormonales pour tous les enfants qui ne se développent pas régulièrement, ni pour les individus âgés qui commencent à sentir les premiers contacts glacés et les premiers sarcasmes de la vieillesse menaçante.

Il y a des enfants et des adolescents qui présentent des retards de développements physique, sexuel et psychique à cause d'une insuffisance de la fonction de la thyroïde; d'autres, à cause d'une insuffisance de l'hypophyse; d'autres encore, à cause d'une insuffisance primitive des glandes sexuelles, ou des glandes surrénales ou des glandes parathyroïdes ; tandis qu'il y a des adolescents, ainsi

que je l'ai récemment démontré, pour lesquels c'est l'hypertrophie et l'hyperfonction de la glande thymus qui est la cause essentielle de l'arrêt grave de développement sexuel et des anomalies de croissance générale du corps et du caractère.

Et alors il est évident que le médecin doit avoir la grande et difficile possession de toute la séméiologie et clinique endocrinologique pour comprendre quel est le point ou quels sont les points du système hormonal qu'il doit attaquer pour appliquer l'endocrinothérapie normalisatrice à chaque sujet.

Il faut se comporter de la même façon à l'égard des différentes formes de déclin sénile, parce que nos études sur l'âge de déformation de la vie démontre qu'on peut commencer à décliner ou pour une insuffisance fonctionnelle prématurée de la thyroïde, ou de l'hypophyse ou des glandes génitales; ou inversement la déformation et le déclin vitaux peuvent commencer non pas par une insuffisance glandulaire, mais par une exagération morbide de la fonction de certaines glandes, par exemple pour une exagération des ou de certaines hormones de l'hypophyse ou de la glande surrénale et même par une hyperfonction déséquilibrée de la glande thyroïde.

Donc, autant d'individus, autant de modes diverses d'orthogénésie ou de révision du moteur humain qui a travaillé déjà 40 ou 50 ans.

Il n'y a que la biologie et la clinique de l'individualité, dont j'ai appelé l'ensemble: *biotypologie humaine,* appliquées à l'âge de croissance ainsi qu'à l'âge mûr, qui puissent nous permettre de diriger rationnellement la construction de l'homme après sa naissance et de nous transformer, nous médecins, en véritables ingénieurs de la fabrique humaine et d'obtenir dans plusieurs cas, si non dans tous, des vraies métamorphoses magiques d'enfants retardataires, par exemple: aveu à graves retards sexuels ou à graves retards du caractère, en des sujets tout à fait normaux. Et c'est la *même biotypologie individuelle appliquée à l'homme et à la femme de 40 à 50 ans* qui nous permettra de retarder, même de 25 ans, la sénilité réelle.

Les grands remèdes pour atteindre ces buts, dont l'action tient quelquefois du merveilleux, sont : l'opothérapie glandulaire individualisée, l'alimentation individualisée, l'application individualisée des puissants agents physiques, naturels, tels que la mer, la montagne, le soleil, le mouvement, l'eau.

Opothérapie, alimentation, naturisme, et tous les trois appliqués à l'individu : voilà les armes puissantes, efficaces, pour la bonification de l'individu et de la race, capables de résoudre les *quatre grands problèmes, pratiques de la médecine politique moderne :* le problème de l'enfant, le problème de la femme, le problème du soldat, le problème du travailleur. Contrôle constitutionnel et normalisation correctrice de ces quatre éléments vitaux de l'organisme national : voilà ce que le Gouvernement d'Italie va réaliser toujours plus complètement avec les *Centres d'Orthogénèse de la race et de Biotypologie humaine,* que j'ai eu l'honneur de fonder pour la première fois.

C'est ainsi que l'Italie bâtit sa grandeur et sa richesse : grandeur et richesse qui veulent être, non pas une grandeur de territoire ou une richesse de barres d'or dans les caisses de l'Etat, mais une grandeur morale et une richesse indestrutible, celle du capital humain, celle d'un peuple uni et fort, qui soit digne de son ascendance, je dirai, digne de sa mère, la mère même de l'Italie et de la France, la Latinité.

Les Hépatosplénomégalies Fébriles

par Ed. BENHAMOU

Professeur agrégé de Pathologie Médicale

à la Faculté de Médecine d'Alger

Si nous avons choisi, comme sujet de cette Conférence, les *Hépatosplénomégalies fébriles,* nous voudrions d'abord qu'il soit bien entendu qu'il s'agit là, non d'une entité nosographique déterminée, mais d'un complexe clinique que nous rencontrons chaque jour au lit du malade, *d'un syndrome* que nous rencontrons d'autant plus fréquemment que *le foie et la rate — gros foie et grosse rate — nous apparaissent de plus en plus comme des organes solidaires, couplées, comme deux fragments d'un même système, le Système réticuloendothélial, la fièvre n'étant là que pour corser le problème, pour le limiter à ses formes aigues et subaigues.* Ce chapitre de séméiologie nord-africaine, le grand Laveran, le grand Nicolle l'avaient éclairé des étincelles de leur génie; et, dans ces dernières années, les écoles tunisienne, marocaine, algérienne et aussi les hématologistes français et étrangers, Favre, P. E. Weill, Dustin, Oberling, Pende, di Guglielmo, Caminopétros ont continué de l'enrichir.

Si nous avons choisi ce thème de conférence, c'est que :

1° *les progrès de la technique,*

2° *les progrès de la pathologie sanguine et réticuloendothéliale,*

3° *les progrès de la thérapeutique*

justifient une telle mise au point.

I. — Les Progrès de la Technique

Quatre disciplines, quatre clefs, sont indispensables à qui veut aborder, à qui veut résoudre le problème d'une hépatosplénomégalie fébrile :

a) la discipline clinique,

b) la discipline hématologique,

c) la discipline histologique,

d) la discipline physiologique.

a) *La discipline clinique est bien connue.* Reconnaître le syndrome, — la splénomégalie, l'hépatomégalie et la fièvre —, est le plus souvent chose facile. Rechercher aussitôt l'ictère, l'ascite, les ganglions, est dans la règle classique, ainsi que la coloration des conjonctives, l'état du système nerveux et celui du fond d'œil. Que de fois la découverte d'un ganglion dans l'aine, dans l'aisselle, derrière les branches du maxillaire inférieur, a servi de piste ! Que de fois, le simple examen du fond d'œil, la seule perte du sens vibratoire au diapason, a servi d'orientation ! Tout cela est de la clinique courante, et relève de l'examen complet du malade.

b) *La discipline hématologique doit être méthodique :* elle doit être *cytologique, humorale, bactériologique.*

Cytologique, elle compte les *globules rouges,* mesure leur *valeur globulaire* en partant du taux de l'hémoglobine, et précise ainsi la qualité d'une anémie : il n'est pas indifférent de savoir qu'une anémie est hyperchrome,hypochrome ou normochrome. Elle indique l'existence d'hématies nuclées, d'*érythroblastes :* elle révèle ainsi l'existence d'une anémie *érythroblastique.* Elle compte les *réticulocytes* et peut ainsi déceler un syndrome hémolytique méconnu. Elle mesure la *résistance globulaire;* et si Chauffard a fait de la diminution de cette résistance le meilleur stigmate de l'ictère hémolytique, Caminopétros a trouvé dans son augmentation le meilleur stigmate de l'anémie méditerranéenne de Cooley. Elle compte les

globules blancs et précise leur morphologie; et c'est ainsi qu'elle peut déceler la présence significative de *cellules immatures.*

Humorale, cette discipline hématologique indique la *quantité* et surtout la *qualité* de la *bilirubine* du sérum sanguin : un taux élevé *bilirubinedirecte* (appréciée suivant la méthode d'Hymans van den Bergh) révèle une hémolyse excessive. Et, accessoirement nous indiquons le chiffre de la *cholestérine.* Mais nous ne manquons jamais de soumettre les sérums de nos hépatosplénomégaliques fébriles à *la double épreuve de l'eau et du formol:* de l'eau, en ajoutant quelques gouttes de sérum à 2 cm3 d'eau distillée; du formol, en ajoutant 20 gouttes de formol du commerce à 2 cm3 du sérum de malade; et si les sérums, ainsi éprouvés floculent ou gélifient, dans un temps plus ou moins rapide (de quelques secondes à quelques heures), c'est qu'il s'agit de sérums qui méritent d'être plus étudiés, c'est qu'il s'agit de sérums qui présenteront des réactions positives de Henry, de Gaté, de Chopra, de Caminopétros, de Takata Ara; c'est qu'il s'agit de sérums instables, dont les floculats traduisent un déséquilibre des albumines, une élévation plus ou moins grande de l'euglobuline et des globulines, un abaissement des sérines, en un mot une inversion du rapport sérine/globuline, si fréquente dans toutes les hépatosplénomégalies parasitaires et infectieuses, et en particulier dans celles du kala-zar et du paludisme.

Bactériologique, biologique, la discipline hématologique recherche l'*hématozoaire* sur gouttes épaisses, les *spirochètes* de la récurrente sur frottis frais ou colorés; elle n'oublie ni les *hémocultures,* ni les *séro-diagnostics* systématiques, non plus que les *intradermo-réactions* à la mélinite de Burnet et les cutiréactions à la tuberculine; elle recherche la *réaction de Wassermann,* et au besoin elle ne manquerait pas d'inoculer du sang de malade dans le péritoine d'un cobaye, comme a fait Donati, pour mettre en évidence des rickettsias à partir d'une lymphogranulomatose maligne de Paltauf-Sternberg.

c) *La discipline histologique a fait d'étonnants progrès.* Nous n'insisterons pas sur la nécessité des *ponctions de rate.* Que serait la Chronique du kala-azar de Nicolle et d'Anderson sans le geste que Nicolle a vulgarisé, a appris aux médecins méditerranéens ? Les services que nous rend la *ponction sternale* sont devenus journaliers pour la recherche des leishmanies, pour celle des héma-

tozoaires, pour l'établissement de la cytologie médullaire, avec une sécurité que n'apporte aucune autre méthode. La *ponction de foie* n'est ni plus difficile ni plus délicate que celle de la rate; et le mérite de P. E. Weill est de nous avoir habitués aux ponctions couplées de rate et de foie, aux ponctions couplées de rate, de moelle et de foie, pour l'étude des érythroblastoses, des anémies pernicieuses, des leucémies ;et nous avons indiqué le parti qu'on en pouvait tirer dans le kala-azar, mais pour celle d'une maladie de Hogdkin, d'une réticulo-endothéliose, d'une réticulo-sarcomatose. Et si *les frottis dermiques*, les raclages de la peau, nécessitent de patientes recherches, ils nous ont rendu, dans certains cas de kala-azar, des services évidents.

d) *La discipline physiologique, enfin, complète l'exploration du foie et de la rate, ainsi que de certains organes associés.* Cette épreuve si simple de la *splénocontraction adrénalinique*, que nous avons codifiée, peut donner une idée de l'état anatomophysiologique de la rate : une rate leucémique, une rate bantienne ne se contractent pas. Cette épreuve si simple de l'*hépatorétraction à l'adrénaline* que nous avons proposée, nous a souvent fait renoncer, quand elle était positive, à l'hypothèse d'une cirrhose du foie. Une épreuve de l'eau de Vaquez et Cottet, une épreuve de galactosurie provoquée de Fiessinger, une épreuve de rouge congo éclairent le fonctionnement de la cellule hépatique, font soupçonner une amyloidose. Et le *tubage gastrique*, après injection d'histamine, nous est apparu comme le complément indispensable de ces recherches physiologiques, quand on sait l'importance de l'achylie gastrique au cours de certaines hépatosplénomégalies fébriles.

II. — Les Progrès de la Pathologie Sanguine

Le Diagnostic des Hépatosplénomégalies Fébriles

Mais pourquoi toutes ces disciplines, toutes ces techniques ? Non pas certes dans les cas simples et dont le diagnostic s'impose, tant par leur aspect clinique que par leur évidente étiologie, mais dans les cas difficiles, dans ceux où l'on hésite, où rien ne semble cadrer

avec les solutions habituelles. Et c'est alors que ces disciplines méthodiquement employées nous serviront, comme autant de fils d'Ariane, à nous orienter dans six directions, dans celles :

1) des *maladies parasites infectieuses,*

2) des *maladies du sang,*

3) des *maladies du foie,*

4) des *maladies de la rate,*

5) des *maladies des ganglions et du système réticuloendothélial,*

6) des *associations morbides*, dans lesquelles le paludisme chronique tient la première place.

1) *Les hépatosplénomégalies fébriles parasitaires et infectieuses.* — Sans doute faut-il d'abord penser au *paludisme*, qui, avec une fièvre continue, rémittente ou intermittente, réalise couramment une hépatosplénomégalie. Mais il arrive que la goutte épaisse, même après enrichissement à l'adrénaline, ne montre pas l'hématozoaire causal. Une anémie plus ou moins marquée avec leucopénie et monocytose, une réticulocytose élevée, une hyperbilirubinémie de type indirect avec hypocholestérinémie, une floculation du sérum à l'eau ou au formol, une épreuve de splénocontraction et d'hépatorétraction positive à l'adrénaline, un suc gastrique normal, sont autant de raisons de croire encore au paludisme et d'instituer un traitement quinique ou atébrinique d'épreuve. Et si, après 5 ou 6 jours d'une thérapeutique énergique, la fièvre persiste avec le gros foie et la grosse rate, vous abandonnerez l'hypothèse d'un paludisme, soi-disant quininorésistant.

Sans doute faut-il penser au *kala-azar* capable de réaliser tantôt une hypersplénomégalie avec hépatosplénomégalie modérée, tantôt une hépatomégalie si importante qu'elle peut donner le change avc une véritable cirrhose, comme Poinso, Mamou, et nous-mêmes en avons rapporté des exemples. Cependant la fièvre, quand on l'enregistre d'heure en heure, est irrégulière, anarchique, entrecoupée de plusieurs clochers dans le nycthémère; le teint est parfois cireux, très pâle, parfois jaune chamois, café au lait; le sérum

flocule avec tout, avec l'eau (Bramachari), avec la mélanine (réaction de Henry), avec le sulfarsénol (réaction de Caminopétros), avec l'uréa-stibamine (réaction de Chopra), avec le néo-stibosan ; le sérum gélifie, donnant un gel blanc en quelques seondes, en quelques minutes, après addition de quelques gouttes de formol. Une ponction sternale donne des frottis médullaires où abondent les leishmanies, libres ou incluses dans de grandes cellules mononucléées ; une ponction de rate, une ponction de foie donnent également des frottis riches en leishmanies et l'on peut recourir aux ponctions ganglionnaires et parfois aux frottis dermiques : l'essentiel est de trouver au moins une leishmanie indiscutable qui permette d'affirmer le diagnostic avant de recourir au traitement antimonial d'épreuve qui est plus fertile en erreurs et plus délicat à manier, à poursuivre, que le traitement quinique.

Vous penserez à la *fièvre récurrente,* si la notion d'épidémie vous y incite et aussi l'existence d'une grosse rate et d'un foie hypertrophié chez un sujet parasité par les poux : le spirochète d'Obermeier se découvre facilement sur une goutte de sang frais ou après coloration par les bleus. Vous penserez davantage à la *Fièvre de Malte,* qui dans la dernière endémie de brucelloses, a réalisé assez souvent des formes hépatosplénomégaliques avec fièvre interminable et pas toujours ondulante : les hémocultures, le séro-diagnostic, l'intradermoréaction vous apporteront vite la preuve de ce diagnostic. Vous penserez aussi aux formes hépatosplénomégaliques fébriles de la *syphilis tertiaire* qui ne sont pas rares dans nos pays, depuis que Gilbert et Coury, Chiray en ont souligné l'existence : l'aspect ficelé du foie, l'albuminerie, la réaction de Wasserman et aussi l'action rapide du traitement mercuriel ou bismuthique, sans compter les antécédents et les autres lésions spécifiques, aortiques, cutanées, leucoplastiques ou nerveuses, résoudront rapidement le problème. La *tuberculose splénohépatique* est plus rare et si la polyglobulie accompagnant une splénomégalie fébrile a pu servir de piste pour un tel diagnostic, l'existence d'antécédents bacillaires ou de lésions tuberculeuses en activité ont été le plus souvent les véritables raisons de l'accepter. Enfin, *l'endocardite maligne* à forme subaigue ou à forme lente du type Jacoud-Osler trouvera dans l'hémoculture, positive aux streptoccoques, dans

les antécédents rhumatismaux, et dans l'existence d'un grand souffle diastolique ou systolique la preuve de sa réalité.

2) *Les hépatosplénomégalies fébriles des maladies du sang.* — Si la piste parasitaire et infectieuse doit être abandonnée, il faut *alors penser aux maladies du sang :* aux *maladies des globules rouges* d'une part, aux *maladies des globules blancs* d'autre part, et être plus attentif encore.

Dans le groupe des maladies des globules rouges, l'*ictère hémolytique,* les *anémies de Brill et de Biermer* et les *érythroblastoses* peuvent donner le tableau d'une hépatosplénomégalie fébrile.

Les poussées fébriles de l'ictère hémolytique ont été admirablement décrites par Debré : un enfant, un adulte, atteints de maladie hémolytique, présentent, par périodes plus ou moins prolongées, des crises d'hémolyse avec fièvre, anémie extrême, grosse rate, gros foie, voire hypertrophie ganglionnaire. Une de nos malades fut ainsi soignée à deux reprises pour une paratyphoïde et même un paratyphique de sortie put être cultivé. La diminution considérable de la résistance globulaire, l'hyperbilirubinémie indirecte, l'hyperréticulosytose, l'urobilinurie avec absence de sels biliaires permettent le diagnostic ; et la splénectomie peut, comme dans notre cas, entraîner une guérison complète, parfois définitive.

L'anémie fébrile de Léderer-Brill n'est pas assez connue : tantôt la fièvre ne s'accompagne que d'une hépatomégalie et d'une splénomégalie modérées, tantôt elle s'accompagne d'une hypertrophie plus considérable du foie et de la rate ; mais l'aggravation rapide de l'état général, l'hyperbilirubinémie indirecte et la réticulocytose élevée, sans abaissement marqué de la résistance globulaire, sans achylie gastrique, doivent faire penser à cette maladie vraisemblablement infectieuse et qui guérit rapidement, en coups d'archet, suivant l'expression de Fiessinger, après une ou deux transfusions sanguines, ou plus simplement, comme nous l'avons montré, par la cure de foie de veau ou par les extraits hépatiques.

Les formes fébriles de l'anémie de Biermer peuvent aussi s'accompagner d'une hépatosplénomégalie modérée et ne doivent pas être méconnues, ni confondues avec des syndromes hémolytiques

décrits par Micheli et qui forment la frontière entre les anémies pernicieuses et les ictères hémolytiques : une macrocytose évidente dans le sang périphérique avec présence de mégaloblastes, une hyperbilirubinémie élevée, avec faible réticulocytose, une achylie gastrique après injection d'histamine, une mégaloblastose dans les frottis médullaires, des signes neurologiques (perte du sens vibratoire, abolition des réflexes, signes tabétopyramidaux) et sensoriels (hémorragies rétiniennes), enfin l'épreuve thérapeutique du foie cru ou d'extraits desséchés d'estomac de porc, sont autant d'éléments décisifs d'un tel diagnostic.

Les formes fébriles de l'anémie érythroblastique de Cooley avec gros foie et grosse rate ont été surtout bien décrites par Caminopétros. On sait que cette érythroblastose de l'enfant frappe surtout les méditerranéens du bassin oriental, même quand ils sont émigrés. Nous croyons cependant en avoir observé deux cas, non plus chez des Italiens, mais chez des Espagnols vivant en Algérie : la présence d'érythroblastes dans le sang périphérique, le faciès mongolien, les yeux bridés peuvent déjà attirer l'attention et en l'absence de syphilis et de rachitisme, faire éliminer l'anémie de Von Jacks Luzet de l'enfant ; mais les altérations osseuses visibles sur les films radiographiques, altérations à type de striations en brosse sur les os du crâne et de géodes sur les os longs, plus encore l'augmentation de la résistance globulaire découverte par Caminopétros permettent d'affirmer ce diagnostic. Il n'entre pas dans le cadre de cette conférence de décrire les érythroblastoses des nouveau-nés, des tout jeunes enfants, qui vont de l'ictère et de l'anasarque foéto-placentaire aux anémies éryhtroblastiques proprement dites.

Les formes fébriles de l'érythroblastose de l'adulte n'ont de commun avec les érythroblastoses de l'enfant que le nom. On sait que P. E. Weill décrit sous le nom d'érythroblastoses de l'adulte une maladie au long cours avec splénomégalie accentuée et hépatomégalie accentuée et hépatomégalie modérée, qui seraient pour lui non une forme de leucémie, comme le voulaient Fabre, Cordier et Croizat, mais une inflammation chronique due à des causes multiples et parfois à la tuberculose. Une anisocytose marquée avec ovalocytose et parfois mégaloblastose incitera à pratiquer des ponc-

tions couplées qui montreront : dans la rate, une érythroblastose importante, dans le foie, une érythroblastose analogue, dans la moelle sternale, très peu d'éléments et quelques rares érythroblastes... Cette conception a soulevé des résistances surtout de la part de l'école italienne. Les faits cliniques et hématologiques permettent néanmoins de reconnaître de tels malades.

Dans le groupe des *maladies des globules blancs,* les *leucémies aigues* et les *cryptoleucémies aigues,* les *leucémies myéloides* et plus rarement les *leucémies lymphoïdes* sont capables de donner le tableau d'une hépatosplénomégalie fébrile.

La *leucémie aigue* est trop connue pour que nous en rappelions les aspects divers : c'est avant tout la stomatite ulcéro-nécrotique, la gingivite de type scorbutique, qui plus encore que la splénomégalie ou l'hépatomégalie, attirent l'attention : la découverte de leucoblastes, de cellules blanches indifférenciées dans le sang périphérique, la découverte de ces cellules jeunes en grandes quantités dans les frottis médullaires signent le diagnostic.

Mais il est des *cryptoleucémies* qui prennent le masque d'une agranulocytose avec son angine ulcéronécrotique et sa leucopénie avec granulopénie : c'est ici le triomphe de la ponction sternale qui permet de trouver dans les frottis médullaires non point une aplasie cellulaire mais une hyperplasie uniquement représentée par des cellules souches. Nous avons gardé le souvenir d'un homme de 70 ans qui vait un gros foie, une grosse rate, une angine nécrotique et de la fièvre et chez lequel on avait trouvé une leucopénie à 2.000 G. B. avec agranulocytose : une ponction sternale permit en quelques minutes de faire le diagnostic d'une cryptoleucémie aigue insoupçonnée.

Les fomes fébriles de la leucémie myéloïde et de la subleucémie myéloïde ne sont pas rares : il s'agit de malades porteurs d'une splénomégalie fébrile et chez lesquels tantôt la leucocytose est excessive et significative, tantôt modérée et ne dépassant pas 15 à 20.000 G. B. mais avec quelques myélocytes dans le sang périphérique; l'épreuve de splénocontraction à l'adrénaline est ici franchement négative et complète le diagnostic, que viennent affirmer

la ponction de sternum et surtout la ponction de foie et de rate en montrant sur les frottis de nombreux myéloblastes et myélocytes.

Les formes fébriles des leucémies lymphoïdes et des cryptoleucémies lymphoïdes sont plus rares : en plus des ganglions, on trouve une rate augmentée de volume et un foie légèrement hypertrophié; ici encore c'est le triomphe de la splénocontraction qui reste négative et des ponctions couplées de sternum, de rate et de foie ainsi que des biopsies ganglionnaires qui montrent partout l'hyperplasie lymphocytaire et lymphoblastique.

3) *Les hépatosplénomégalies fébriles des maladies du foie.* — Quand on a abandonné l'hypothèse d'une maladie du sang, il faut se retourner vers les maladies du foie, de la rate et des ganglions, en un mot des organes hématopoiètiques. Dans le groupe des *maladies du foie,* le tableau de l'hépatosplénomégalie fébrile peut être réalisé d'une part par la *maladie de Hanot,* d'autre part par certaines *cirrhoses scéreuses* ou *graisseuses.*

La maladie de Hanot se traduit, comme on sait, par un ictère permanent accompagnant une très grosse rate et un gros foie, avec des poussées évolutives, fébriles. L'épreuve de l'eau, l'épreuve de galactosurie provoquée sont généralement normales, contrairement à ce qui se passe dans les autres cyrrhoses hépatiques et, la notion d'hyperleucocytose, de rhumatismes biliaires aidant, on arrive à soupçonner et à faire le diagnostic.

Les cirrhoses alcooliques, les cyrrhoses alcoolosyphilitiques ont parfois leur évolution marquée par des poussées fébriles qui viennent s'ajouter au gros foie dur, non contractile sous l'influence de l'adrénaline et à la grosse rate encore susceptible de se contracter après une hémorragie digestive ou après injection d'adrénaline. Ce tableau est assez souvent réalisé dans ces *cirrhoses d'étiologie inconnue, non paludéenne, non syphilitique, non tuberculeuse que nous rencontrons chez les indigènes nord-africains et qui frappent plus particulièrement des sujets jeunes, hommes ou femmes.* Ici encore le diagnostic est évident et par les épreuves de galactosurie et par l'hyperbilirubinémie directe et par l'ascite qui a les caractères d'un transudat. Certaines *cyrrhoses malignes,* certaines *cyrrhoses grais-*

seuses des tuberculeux peuvent aussi donner le tableau d'une hépatosplénomégalie fébrile.

4) *Les hépatosplénomégalies fébriles des maladies de la rate.* — Dans le groupe des maladies de la rate, c'est-à-dire dans le groupe des syndromes où la splénomégalie est nettement au premier plan, nous pouvons nous trouver en présence d'une *anémie splénomégalique de Strumpell, d'une splénomégalie mégacariocytaire ou polycariocytaire, d'une splénomégalie bantienne,* voire *bilharzienne* ou *mycosique.*

L'anémie splénomégalique de Strumpell rentre de plus en plus après les travaux de Pende, de Santucci, dans le cadre de l'anémie pernicieuse de Biermer. Elle nous est apparue particulièrement fréquente en Afrique du Nord : l'anémie, la leucopénie, les hémorragies rétiniennes ,associées à une grosse rate, à un foie augmenté de volume, à des troubles digestifs, à des poussées fébriles font soupçonner le diagnostic que viennent confirmer le tubage gastrique apportant la preuve d'une achylie gastrique et la ponction sternale apportant la preuve d'une mégaloblastose médullaire.

La splénomégalie mégacariocytaire qui a été particulièrement bien décrite par Favre, Cordier et Croizat, par P. E. Weill, par Hugonot et Soyer, trouve sa justification dans la ponction splénique et aussi dans la ponction hépatique qui mettent au premier plan le mégacariocyte dans la formule cytologique. Pour Favre, la splénomégalie mégacariocytaire n'est qu'une myélose aleucémique ; mais pour P. E. Weill cette splénomégalie n'est qu'un département de l'érythroblastose de l'adulte qui, seule à ses yeux, représente une entité nosographique, non leucémique, mais inflammatoire. Et sous le nom de *splénomégalie polycarryocytaire,* de *splénomégalie syncytiale,* Sicault et Messerlin (du Maroc) ont décrit des syndromes voisins et que, comme P. E. Weill, ils ont tendance à faire rentrer dans le cadre de maladies inflammatoires, subaigues ou chroniques, à localisation surtout splénique : c'est encore la ponction de rate qui, en montrant sur les frottis de nombreux polycaryocites ou des placards syncytiaux, fait la preuve d'un tel diagnostic.

Les syndromes bantiens proprement dits sont d'allure plus tor-

pide : une grose rate non contractile à l'adrénaline, s'accompagnant d'anémie modérée et de leucopénie ne se complique, que bien longtemps après, d'un foie d'abord augmenté de volume avant qu'il ne s'atrophie, et de très légères poussées fébriles. La *splénomégalie dite hémolytique* se reconnaît à son absence de réaction à l'adrénaline et à ses stigmates d'hyperhémolyse excessive; *la splénomégalie thrombophlébitique* se reconnaît à sa contraction splénique exagérée après adrénaline, à ses hémorragies digestives et à son ascite à répétition.

Et nous n'insisterons ni sur les *splénomégalies bilharziennes* qui tirent leur intérêt de leur répartition géographique (Egypte surtout) et dont on fait le diagnostic de probabilité par la recherche des œufs de schistosomes dans les selles ; ni sur les *splénomégalies mycosiques*, certainement rares, dont les nodules scléro-sidérotiques de Gangy-Ganna (non spécifiques d'ailleurs) et les filaments myceliens sont une trouvaille histologique sur la rate enlevée chirurgicalement : ces splénomégalies sont généralement confondues, et cela sans inconvénients pratiques avec les splénomégalies bantiennes.

5) *Les hépatosplénomégalies fébriles des maladies des ganglions et du système réticulo-endothélial.* — Mais on ne pensera jamais assez à la *maladie de Hogdkin* qu'on classe habituellement dans le groupe des maladies ganglionnaires, on ne pensera jamais assez aux *réticulo-endothélioses aigues* ou *subaigues*, aux *lymphoréticuloses*, aux *réticulosarcomatoses*, dont l'importance a singulièrement grandie dans ces dernières années et dont la connaissances a fait progresser l'étude des hépatosplénomégalies fébriles.

La maladie de Hodgkin peut réaliser le tableau typique d'une hépatosplénomégalie fébrile, dans lequel les ganglions peuvent n'apparaître que tardivement, être peu volumineux et demander à être cherchés attentivement : la biopsie d'un de ces ganglions permettra de trouver sur les coupes le bariolage cellulaire, l'éosinophilie tissulaire, les cellules de Sternberg à multiples noyaux nucléolés ; la simple ponction ganglionnaire permettra d'ailleurs de réaliser des frottis sur lesquels on pourra retrouver le typique cellule de Sternberg. Chez une malade atteinte d'un syndrome hépatosplénomégalique fébrile, sans ganglions apparents et qui fut logique-

ment pris d'abord pour un kala-azar, une ponction sternale montra l'absence de leishmanies, l'absence de réaction monocytaire, mais une telle prédominance d'éosinophiles, de myélocytes éosinophiles, que nous considérâmes comme probable le diagnostic de maladie Hogdkin : l'évolution ultérieure confirma ce diagnostic.

Les*réticulo-endothélioses* peuvent aussi réaliser les différents aspects d'une hépatosplénomégalie fébrile. C'est le mérite d'Akiba, de Klostermeyer, de Borrissowa, de Roussy et Oberling d'avoir décrit ces réticulo-endothélioses chez l'enfant et d'avoir insisté sur la présence du purpura dans leurs cas. C'est le mérite d'Oberling et Guérin, de Dustin et Weill d'avoir étudié plus particulièrement les formes de l'adulte, qu'elles s'accompagnassent ou non de ganglions. Dans toutes les observations, c'est tantôt la biopsie ganglionnaire qui montre une hyperplasie non leucémique, non néoplasique des ganglions, et c'est parfois la ponction de rate ou la ponction du foie qui oriente le diagnostic. On trouve non seulement des cellules réticulaires, mais à côté d'elles des mégacariocytes, des polycariocytes. Et nous voilà du même coup devant des aspects histologiques que Favre, Cordier et Croizat interprétaient comme des leucémies aleucémiques et que P. E. Weill faisait rentrer dans le cadre des érythroblastoses.

Les *réticulosarcomatoses,* les *lymphoréticuloses* réalisent le plus souvent d'abord des tableaux d'adénomégalie fébrile avec ou sans anémie, mais bientôt apparaît le syndrome hépatomégalique qui accapare la scène clinique : nous en avons observé de récents exemples.

6) *Les hépatosplénomégalies fébriles des associations morbides.* — Enfin quand on ne trouve la solution d'une hépatosplénomégalie fébrile dans aucune de ces cinq grandes directions, il reste une dernière resource, celle de se rappeler que dans les pays chauds, la *grosse rate paludéenne* et le *gros foie paludéen* peuvent tout fausser tout simuler, en s'ajoutant à un quelconque syndrome fébrile. Contrairement à la règle classique, il faut pouvoir penser à *la possibilité de deux maladies associées, le paludisme chronique étant l'une de ces deux associées.* C'est ainsi que la *tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire*, associées au paludisme chronique, peuvent réa-

liser un tableau d'hépatosplénomégalie fébrile; et il en est de même pour l'association *paludisme et amibiase, paludisme et anémie de Biermer, paludisme et anémie hypochrome essentielle, paludisme et anémie macrocytique tropicale, paludisme et cardiopathie, paludisme et échinoccocose viscérale :* les épreuves de splénocontraction et d'hépatocontraction positives à l'adrénaline font penser le plus souvent, même en l'absence d'hématozoaires, au paludisme chronique; le tubage gastrique fait penser à une anémie de Biermer ou à une anémie hypochrome essentielle associée, le tubage duodénal peut faire découvrir une distomatose ou une lambliase méconnues, la mesure des hématies oriente vers l'hypothèse d'une anémie tropicale, un examen de selles peut déceler la présence d'amibes ou de parasites intestinaux; une hyperleucocytose avec polynucléose et un ictère plus ou moins marqué avec hépatomégalie douloureuse feront songer chez un paludéen splénomégalique à une *lithiase du cholédoque* plus ou moins « dissimulée ». Tout récemment encore, entrait à l'hôpital une malade, vieille tuberculeuse, pour une hépatosplénomégalie fébrile, qu'une épreuve de rouge congo permit facilement de rattacher à une amylose. C'est dire combien nombreuses peuvent être les associations morbides qui réalisent une hépatosplénomégalie fébrile.

III. — Les Progrès de la Thérapeutique

Et maintenant si nous jetons un regard sur le chemin parcouru, et si nous nous demandons quel secours nous pouvons apporter à un malade atteint de hépatosplénomégalie fébrile, nous voyons *qu'il faut considérer le problème sous un autre aspect, sous l'aspect thérapeutique, sous l'angle pratique. Trois groupes de faits* doivent dès lors être envisagés :

a) *ou bien il s'agit d'une hépatosplénomégalie dont la cause est connue et unique;*

b) *ou bien il s'agit d'une hépatosplénomégalie dont les causes semblent multiples;*

c) *ou bien il s'agit d'une hépatosplénomégalie dont l'étiologie et la pathogénie restent inconnues ou discutables.*

a) *La cause est connue et semble unique.* — Il s'agit généralement d'une hépatosplénomégalie parasitaire ou infectieuse. Or, *les progrès de la thérapeutique antipaludéenne* (médicaments arsenicaux, composés synthétiques, atébrine et plasmochine) *de la thérapeutique antimoniale* (composés pentavalents, néostibosan, uréastibamine), *de la thérapeutique contre les brucelloses* (vaccins, endoprotéines, composés sulfamidés), *de la thérapeutique antisyphilitique* permettent une action souvent rapidement héroïque. Il peut s'agir moins fréquemment d'un ictère hémolytique et l'action de la *splénectomie* n'est plus discutée en pareil cas; il peut s'agir d'une anémie de Biermer et l'on sait quelle découverte merveilleuse ont faite Mirnot et Murphy en prescrivant le *foie de veau cru* ou les *extraits hépatiques*. Quant à l'anémie de Brill, nous savons la guérir par quelques transfusions sanguines ou par la diète hépatique. Et dans cette anémie décrite par Cooley chez les méditerranéens du bassin occidental, Caminopétros a montré les heureux effets de la *malariathérapie*. Contre les leucémies, contre la maladie de Hogdkin, la *téléræntgenthérapie totale*, la *téléradiothérapie profonde* ont constitué de réels progrès.

b) *La cause semble double.* — Quand l'examen clinique laisse supposer qu'il s'agit d'une association morbide, il faudra tirer parti des progrès de la thérapeutique dans chacune des deux maladies connues. Et comme le paludisme chronique est le plus souvent en jeu, on fera d'abord appel *aux médications anti-paludéennes;* puis, on traitera l'anémie de Biermer par *le foie ou l'estomac de porc desséché*, l'anémie hypochrome par *le fer à hautes doses (10 grammes par jour)*, l'anémie macrocytique par *la levure de bière à doses élevées (15 à 30 grammes par jour)*, la lithiase biliaire par une *intervention précoce*, les parasitoses intestinales ou duodénales par *l'émétine ou les arsenicaux*, l'amibiase par *l'émétine, l'arsenic* et *les composés iodes.*

c) *La cause est inconnue ou du moins l'interprétation reste discutable.* — C'est dans ce troisième groupe, très important, que les difficultés commencent. Il peut s'agir d'abord d'une de ces hépa-

tosplénomégalies fébriles désignées sous le nom d'érythroblastoses par P. E. Weill, sous le nom de splénomégalies mégacariocytaires par l'école lyonnaise ou sous le nom de splénomégalies polycaryocytaires par l'école marocaine. Or, pour P. E. Weill, pour Sicault et Messerlin, il s'agit de maladies inflammatoires, d'inflammations localisées du couple spléno-hépatique, inflammations peut-être de nature *tuberculeuse*, peut-être *paludéenne*, pour l'école lyonnaise il s'agit de *leucémies aleucémiques*. Dans la première hypothèse, *pas de splénectomie*, mais *radiothérapie prudente*, mais *médications générales* sous forme *d'héliothérapie*, de toniques, de suralimentation. Dans la seconde hypothèse, *radiothérapie systématique et prolongée*. Et pour ceux qui comme les Belges font de ces hépatosplénomégalies mystérieuses des réticuloendothélioses inflammatoires, c'est encore les agents physiques sous la forme de *téléroentgenthérapie*, sous la forme de *télécurithérapie* qui restent les traitements les plus rationnels. Mais à côté d'eux, d'autres plus audacieux ont conseillé la *splénectomie*, à la condition cependant qu'elle soit pratiquée précocement; et c'est ainsi que Duvoir et d'autres ont rapporté queques succès. Quand peut-on dire que le diagnostic d'une hépatosplénomégalie a été précoce ? Pour notre compte, nous avons tendance *d'être sobres d'interventions chirurgicales lorsqu'une maladie frappe à la fois, la rate, le foie, la moelle osseuse*. Qu'elle soit leucémique ou non, nous préférons renoncer à la splénectomie. Nous ne saurions trop le répéter : *la splénectomie doit être réservée à l'ictère hémolytique et au purpura chronique d'une part, aux syndromes bantiens d'autre part lorsque dans ces syndromes bantiens l'épreuve de l'adrénaline montre une rate inerte, incapable de se contracter et de remplir son rôle physiologique, et lorque les fonctions du foie sont encore sensiblement normales*. En dehors de ces conditions, *pas d'audace opératoire*. Lorsque nous ne savons pas la cause d'une hépatosplénomégalie fébrile et lorsque la rate et le foie se contractent sous l'effet de l'adrénaline, nous renonçons d'abord à l'idée d'une thérapeutique chirurgicale et nous cherchons dans les éléments du tableau clinique les ressources d'une thérapeutique utile.

Nous restons cependant persuadés que, dans ce vaste domaine des hépatosplénomégalies fébriles, nous sommes déjà moins désar-

més quand nous savons mieux employer le foie, le fer, la levure de bière, les rayons X ou la splénectomie, et que nous pouvons, dans une certaine mesure, diminuer le sacrifice humain à la maladie et à la mort.

MANIFESTATIONS
DU CONGRÈS

PRÉFACE

Tout semblait devoir contribuer à la parfaite réussite de ce Congrès. Généreusement subventionnés par le Conseil Municipal, le Grand Conseil et la Direction de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts, assurés de l'appui de M. le Résident Général et de M. le Ministre Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien, entourés de sympathie et de dévouement, nous devions accueillir dignement nos invités et faire honneur à la Tunisie. Spontanément, nos confrères nous offraient leur aide, les administrations aplanissaient les difficultés qui se présentaient; l'Agence Hignard acceptait de se charger de la question des voyages et excursions et le Docteur Maurice Uzan devenait en quelque sorte notre délégué à Paris. Sollicités par le Docteur Burnet, le Général Mustapha Sfar voulait bien nous parler de la Ville Arabe de Tunis et de son histoire, M. Charles Saumagne de Carthage, M. Fatter et le Commandant Cosson ouvraient leur collection et nous prêtaient de précieuses pièces pour composer notre insigne, M. Revault et ses collaborateurs des Arts Indigènes mettaient à notre disposition leurs musées et leur compétence. Ayant décidé d'offrir le lundi une soirée aux congressistes et le lendemain une Fête Orientale, nous avions trouvé le cadre idéal, le splendide Palais de la Manouba que Mme la Baronne d'Erlanger, nous ne saurions trop l'en remercier, mettait généreusement à notre disposition. Inhabité depuis quelques années, de nombreux aménagements étaient nécessaires. Notre ami, le Docteur Pérez, aidé de sa vaillante épouse, assuma le gros travail de cette mise en état; la Cie des Tramways, grâce à la très grande amabilité de son Directeur, M. Ménétrier, voulut bien procéder à l'installation de l'éclairage et obtint un résultat magnifique. La commission des fêtes, avec la très précieuse collaboration

du Comité des Dames, avait organisé le souper dansant. Le menu, soigneusement discuté, plusieurs fois modifié, devait être fort honnête.

Autour d'une piste, que nous avions voulue vaste et dégagée, s'alignaient les tables des danseurs. Deux petites pièces formaient des coins plus intimes mais gaies. Dans la chambre du bas, aux alcoves latérales, des tables plus grandes accueilleraient des groupes plus nombreux. Le salon du premier étage, avec son magnifique plafond ouvragé, serait réservé au Docteur Burnet qui y recevrait les plus illustres de nos invités; la galerie restant dégagée permettrait de contempler l'ensemble de la salle. Et l'orchestre serait le meilleur de Tunis.

La Fête Orientale, elle aussi, avait longuement retenu notre attention. Nous n'avions pas voulu nous contenter des banales et trop souvent inesthétiques danses du ventre que l'on montre au touriste. Les Docteurs Ben Raïs, Hadjouj, Zaouche (Tahar et Nourredine), Mlle Ben Cheikh et Pérez avaient minutueusement préparé le programme, choisi les danseuses et les musiciens. Le Général Mustapha Sfar, rénovateur des Arts Tunisiens, avait bien voulu nous prodiguer ses conseils et nous procurer la participation de la « Rachidia », Institut de Musique Tunisienne.

Un buffet copieux, composé par les femmes de nos confrères tunisien, devait permettre à tous de goûter et d'apprécier les spécialités du pays.

Tout était donc prêt. Les demandes de participation se faisaient de plus en plus nombreuses, trop nombreuses même. Pérez, assailli de toutes parts, n'osait presque plus sortir et toute la journée nos téléphones sonnaient pour de nouvelles sollicitations. Déjà quelques congressistes étrangers foulaient le sol tunisien quand tout à coup, le 9 avril vers 16 heures, l'émeute éclata, brutale, sanglante. De part et d'autre il y eut des morts, l'état de siège fut proclamé et nous eûmes l'impression que tout notre travail d'une année devenait inutile, que notre congrès serait un échec. Grâce à la bienveillance et à la très grande compréhension de M. le Résident Général, Armand Guillon, et du Général Hanote, Commandant Supérieur des Troupes de Tunisie, nous pûmes cependant conserver tout ce qui dans le programme n'était pas fêtes ou réjouissances. Et nous ne saurions trop

les remercier d'avoir tenu, malgré leurs occupations, à honorer de leur présence notre séance inaugurale. Nos remerciements vont également à l'Armée, aux services de police et à la Gendarmerie qui tinrent à assurer les services d'honneur et les services d'ordre malgré le surcroît de travail résultant des douloureux évènements. La bonne humeur des congressistes, le dévouement de tous nos confrères Tunisiens firent le reste. Les réunions collectives furent remplacées par des invitations particulières. Un thé préparé hâtivement en dernière heure put réunir au Palais de La Manouba l'ensemble des congressistes. La visite de Tunis arabe et de ses musées s'effectua sous l'égide d'une police tutélaire et amène.

Le banquet clôtura très dignement ce Congrès que nous avions voulu parfait et qui faillit bien échouer au dernier moment.

Le lendemain, pendant que des groupes partaient vers le Sud, d'autres, encore très nombreux, se rendaient à Korbous où la Société des Eaux Minérales les traitaient magnifiquement. Et puis ce fut la dispersion, les départs et pour nous la reprise de la vie quotidienne brièvement interrompue par le Congrès.

A vous tous congressistes et confrères, ce recueil rappellera ces quelques journées pendant lesquelles nous avons voulu vous montrer, en même temps que Carthage l'Antique et l'Orient de Tunis, l'œuvre civilisatrice de la France.

A tous ceux qui collaborèrent avec nous et nous apportèrent leur aide, il témoignera de notre reconnaissance. Aux pouvoirs publics, au Grand Conseil, à la Municipalité de Tunis et à ses services, à l'Armée, aux grandes administrations de la Régence, à Mme la Baronne d'Erlanger, à la Société des Tramways, au Comité des Dames, aux congressistes étrangers, à tous ceux qui nous ont aidés

Merci...

ANDRÉ LAMARCHE.

LE CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS

11 - 12 - 13 - 14 AVRIL 1938

Le Congrès de Médecine de Tunis, malgré les évènements regrettables qui le précédèrent, eut néanmoins du succès. Tout le mérite en revient à M. le Résident Général Guillon et au Général Hanote auxquels nous ne pourrons jamais assez manifester notre reconnaissance, aux membres du comité d'organisation parmi lesquels nous citerons les Docteurs Brun, Cassar, Tremsal, Aldo Calo,M. J. Bouquet, notre dévoué chef du protocole; à l'inlassable activité du Docteur Albert Pérez, aux dévouements de nos confrères et à la bonne humeur de tous.

Le trachome fut étudié dans son ensemble par des savants et des praticiens éminents et le volume des rapports et communications restera un précieux document non seulement pour les ophtalmologistes, mais pour tous les médecins et les hygiénistes.

Le programme touristique permettant aux congressistes et à leur famille de visiter la Tunisie, put être accompli.

Voici filmé au jour le jour, le déroulement des différentes manifestations de la VIII[me] Réunion de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord.

Première Journée - 11 Avril 1938

La séance inaugurale a lieu au Théâtre Municipal mis à notre disposition par la Municipalité.

A 9 heures arrivent les personnalités. A l'entrée une haie de spahis présentent les armes, la musique du 4me Zouaves joue les hymnes nationaux.

Au côté de Monsieur Armand Guillon, Résident Général de France et du Général Torki, représentant de Son Altesse le Bey, prennent place sur la scène :

Le Docteur E. Burnet, Directeur de l'Institut Pasteur, Président du Congrès ;

Le Général Hanote, Commandant supérieur des Troupes de Tunisie ;

Le Général Bessières, Commandant la Division de Tunis ;

Son Excellence Monseigneur Lemaître, Archevêque de Carthage et Primat d'Afrique ;

Le Cheikh Ul Islam, Si Tahar Ben Achour ;

Le Pasteur Cabantous ;

Le Grand Rabbin de Tunisie Ktorza ;

Monsieur le Préfet Dutruch, Secrétaire général adjoint du Gouvernement Tunisien ;

Le Médecin-général Epaulard, Directeur du Service de Santé du XIXme Corps d'Armée, Alger ;

Le Médecin-général de la Marine Donval, Directeur du Service de Santé de la Marine, à Bizerte ;

Le Consul Général de Belgique, M. Boye ;

Le Consul Général d'Italie, M. Silimbani ;

Le Docteur Dupoux, Directeur de la Santé Publique ;

Le Général Mustapha Sfar, Cheikh-el-Medina ;

Le Général Laignelot, Vice-Président délégué de la Municipalité de Tunis ;

Le Professeur Pende, Sénateur du Royaume d'Italie ;

Le Professeur Andronesco, délégué Roumain;

Le Professeur Du Bois, délégué Suisse;

Le Docteur Gawalovski, délégué Tchécoslovaque;

Le Docteur Baillard, Président de la Ligue contre le Trachome;

Les Professeurs Mouriquand (Lyon), Resdlob (Strasbourg), Senevet (Alger), Benhamou (Alger), Jayle (Marseille);

Le Docteur Maurice Delort, représentant la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres de Paris;

Les Docteurs Lenoir et Huguet, délégués des Pharmaciens de France;

Le Docteur Bonjean, Directeur de l'Institut d'Hygiène du Maroc;

M. Boissée, membre du Grand Conseil, Présideent de la Ligue Tunisienne contre le Trachome;

M. Ventre, Président de la Ligue Antituberculeuse, membre du Grand Conseil;

M. Fabiani, Président du Tribunal;

M. Dalloz, Procureur de la République;

M. Cheffaud, Directeur de l'Instruction Publique et des Beaux-Artss;

Ainsi que la plupart des personnalités médicales et administratives de Tunisie.

Le Résident Général ouvre la séance en donnant la parole à M. le professeur Sénevet, secrétaire général de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord, qui s'exprime en ces termes :

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Monsieur le Président,

Mesdames,

Messieurs,

Il y a quatre ans, dans une salle voisine de celle-ci et à peu près à la même date se passait un évènement qui, pour n'avoir pas un

retentissement mondial, marquait cependant une date importante dans les annales de la Médecine Nord-Africaine. Par acclamations, l'Assemblée Générale de notre Fédération, votait l'admission de la Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc et modifiait le titre de notre groupement dans une phrase que la sécheresse du procès-verbal rend plus saisissante encore :

« La Fédération portera désormais le nom de Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord ».

Avons-nous mérité, depuis, ce titre de Nord-Africain ?

C'est à vous d'en juger.

Après les Congrès d'Alger, où nous faisions nos premiers pas en étudiant le *Paludisme Chronique* (1922), *la Tuberculose* (1933), on vit le précédent Congrès de Tunis consacré à la *Syphilis* (1934), puis ce furent les Congrès d'Oran (1935) avec le *Kyste hydatique* pour sujet, celui de Rabat-Casablanca (1936) dévolu à *l'Amibiase*, celui d'Alger, l'an dernier où l'on a étudié les *Typhus et Pseudo-Typhus*, ou, si vous aimez mieux, les *Rickettsioses*.

On ne saurait mieux voir la continuité de nos efforts dans l'étude de la Pathologie Nord-Africaine, que dans le sujet même du présent Congrès : le *Trachome*, suite logique du Congrès d'Alger et qui nous permettra de faire en deux ans le tour presque complet des Rickettsioses.

Toutes les questions que je viens de signaler ne sont-elles pas de grande importance pour le médecin, le chirurgien, l'hygiéniste de l'Afrique du Nord. N'avons-nous pas fait le tour de toutes les capitales et les grandes villes de cette vaste contrée qui s'étend du Golfe de Gabès au rocher d'Agadir ?

N'avons-nous pas ainsi provoqué les rencontres de médecins, de vétérinaires, de savants, de praticiens ? Nouant ainsi des relations plus étroites par connaissance personnelle, n'auront-ils pas tendance à oublier les compartimentages locaux et les étiquettes étroites pour se souvenir qu'ils sont avant tout des Français vivant en Afrique du Nord ou s'intéressant à elles ?

A côté de ces résultats qui étaient en somme le but à atteindre, permettez-moi quelques mots sur les aménagements intérieurs qui en ont souvent été les moyens.

J'insistais, tout à l'heure, sur l'importance de l'élargissement de notre groupement. C'est parce qu'il a nécessité des modifications et des adaptations successives aux statuts, pour que chaque Société se sente chez elle, à l'intérieur de la Fédération et l'égale, en fait comme en droit, de toutes les autres Sociétés.

Je tiens à dire ces choses, en particulier à vous, mes chers Collègues de la Tunisie et du Maroc, qui il y a quatre ans, m'avaient fait confiance au sujet de la reconnaissance, comme journaux officiels de la Fédération, de la *Tunisie Médicale* et du *Maroc Médical*. Vous savez qu'au Congrès suivant ce vœu légitime était adopté d'enthousiasme.

D'autres aménagements ont petit à petit rendu possible la vie de notre organisme : Autonomie financière des Congrès - Constitution d'un casier fédéral de tous les membres affiliés - Accroissement d'une encaisse fédérale dont l'utilité se révèlera bientôt.

Aménagements intérieurs, Congrès régulièrement suivis, telle a été notre œuvre commune depuis quatre ans. Vous allez bientôt nous dire si vous estimez qu'elle est bonne.

Votre réponse, je me permets d'essayer de la deviner.

Que dis-je, je l'ai sous les yeux. C'est le présent Congrès.

Au nom de la Fédération, je lui souhaite succès et retentissement.

Monsieur le Professeur Pende prend ensuite la parole pour apporter au Congrès le salut de l'Italie et pour exalter la collaboration scientifique des pays méditerranéens.

Le Professeur Andronesco, de Bucarest, délégué Roumain, s'exprime ensuite en ces termes :

Monsieur le Résident Général de France en Tunisie,

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs,

J'arrive de Londres et d'Oxford où j'ai été délégué par le Gouvernement Roumain au Congrès International du Rhumatisme et je viens présenter mes salutations et mes meilleurs sentiments au corps médical de l'Afrique du Nord, réuni en Congrès de Médecine à Tunis.

Je salue aussi notre Président, le Docteur Burnet, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis que j'ai connu à Genève, à la Société des Nations où on a discuté la question de l'Hygiène Rurale, (1931); et au Congrès International d'Hygiène à l'Institut Pasteur (Paris 1933) où j'ai eu la triste occasion d'assister à l'enterrement de Roux et Calmette, les deux astres de la science française. Je dois vous dire, Messieurs, que mes grands sentiments pour la France ne datent pas d'hier; ces sentiments datent depuis plus d'un demi-siècle, quand je suis allé pour la première fois à Paris (1885), travailler dans l'Institut Pasteur sous la direction de Roux et j'ai publié même, une brochure en roumain, sur le traitement anti-rabique.

Mes sentiments ont été entretenus dans la suite, chaque fois que j'allais à Paris, à des Congrès, prendre le flambeau de la science et le porter chez nous, en Roumanie.

C'est avec les mêmes sentiments que je viens aussi chez vous, mes chers confrères, à l'âge de 79 ans, écouter les discussions sur le Trachome, sur les Hépatosplénomégalies fébriles, etc. et surtout sur « l'Orthogénèse et les traitements qui peuvent retarder la vieillesse », dont je connais ausssi un peu quelques secrets; et je serais très honoré de vous les faire connaître .

La parole est ensuite donnée au Docteur Bailliart, Président de la Ligue contre le Trachome, Président de l'Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité. Il prononce l'allocution suivante :

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir et un grand honneur que de pouvoir répondre à l'invitation que le Comité a bien voulu faire au Président de la Ligue contre le Trachome et de l'Association Internationale de Prophylaxie contre la Cécité. Il m'est particulièrement agréable de remercier le Professeur Burnet, l'éminent Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et de le féliciter d'avoir proposé et fait adopter le Trachome comme le sujet principal des travaux de ce Congrès. Les médecins du Nord de l'Afrique et parmi eux, avant tout, les ophtalmologistes, sont au premier plan intéressés par cette maladie, cause de tant de ravage dans ces pays. De très importants travaux sur le trachome ont déjà été publiés en Tunisie, en Algérie ou au Maroc ; ce Congrès a été l'occasion de nouveaux et remarquables rapports ; la trachomatologie doit beaucoup à tous les savants praticiens dont j'ai le plaisir de voir un grand nombre ici. Ils ne m'en voudront pas de faire, dans les félicitations et les remerciements que je me permets de leur adresser, une place spéciale à leur doyen, à notre Maître à tous, le D[r] Cuénod. Par sa longue activité, par le dévouement désintéressé de sa pratique quotidienne, par la création de sa clinique où tant de malades sont venus se faire soigner, et tant de médecins s'instruire, par les travaux scientifiques qu'il a entrepris et que, aidé de notre ami Nataf, il poursuit à l'âge où d'autres ne pensent q'à la retraite, Cuénod a bien mérité de la science ophtalmologique. Il a rendu aussi à la Tunisie où tous, pauvres et riches, le connaissent, d'inappréciables services ; et puisque j'ai aujourd'hui l'honneur de parler non pas seulement devant des médecins, mais devant ceux qui administrent et qui gouvernent, et particulièrement devant celui dont l'autorité éclairée commande à tous, qu'il me soit

permis d'ajouter que nous devons savoir manifester notre reconnaissance et notre admiration quand nous rencontrons des hommes comme celui-là.

En débarquant hier à Bizerte, je me suis souvenu, avec émotion, qu'il y a quatre ans j'avais connu la même arrivée; j'étais aux côtés de Morax et de Sabouraud, Charles Nicolle les attendait au débarcadère. Trois grands noms, trois disparus ! Ch. Nicolle présidait la Ligue contre le Trachome; Morax en était le vice-Président, mais il lui donnait la vie par son autorité universellement acceptée, par ses travaux, par sa douce et aimable force de persuasion. C'est ici, au cours de ce dernier Congrès qu'il connut les premiers symptômes du mal qui l'emporta. Quant à Charles Nicolle, il est encore trop près de vous, vous savez trop bien ce qu'il a fait ici et ailleurs, pour que j'aie besoin de vous redire quelle perte sa disparition a été pour la Ligue contre le Trachome. Heureusement le Pr Burnet qui le remplace dans la direction de l'Institut Pasteur s'intéresse aux problèmes si passionnants du Trachome; nous le remercions de vouloir bien faire bénéficier nos savants confrères Tunisiens, qui se sont engagés dans la voie de la recherche scientifique, de ses conseils si précieux, et de leur apporter l'appui matériel et moral, celui-ci inappréciable, de l'Institut qu'il dirige.

Je souhaite au Congrès qui va s'ouvrir, dans une atmosphère de calme et de désintéressement, avec le seul désir de la recherche scientifique et, par elle, de l'amélioration du sort des malades, tout le succès qu'il mérite.

Le Professeur Benhamou, délégué de la Faculté d'Alger, prononce ensuite les paroles suivantes :

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Président,

Mes chers Collègues,

Au nom de la Faculté de Médecine d'Alger, nous voudrions vous dire combien nous sommes heureux et fiers de participer à votre

Congrès. Laveran, Nicolle avaient scellé de leurs grandes découvertes cette union des Ecoles nord-africaines. L'an dernier, dans Alger-la-Blanche, votre éminent Président, le Professeur Burnet, avait su, avec le charme qui lui est personnel, éclairer quelques aspects des Rickettsioses. Plus modestement, cette année, dans la ville de Nicolle, nous sommes venus vous apporter une contribution clinique aux questions qui vous passionnent ; nous sommes surtout venus vous écouter, nous instruire, au moment où vous cherchez à préciser, dans de multiples travaux, l'étiologie et la prophylaxie d'un des plus grands fléaux de l'Afrique du Nord, le trachome.

Puisse cette union des écoles Algérienne, Tunisienne et Marocaine, enrichir chaque année le patrimoine scientifique et l'œuvre colonisatrice de la France, sur cette terre africaine.

Successivement les professeurs G. Mouriquand, de Lyon, Redslob, de Strasbourg, Jayle, de Marseille, apportent au Congrès le salut de leur Faculté. Courtes mais chaleureuses, leurs allocutions sont vivement applaudies.

Le Docteur Bonjean, Directeur de l'Institut d'Hygiène du Maroc, délégué du Gouvernement Marocain, apporte au Congrès le salut et les vœux du Maroc et des Médecins marocains.

La parole est ensuite donnée au Docteur Armengaud, délégué de l'Union Thermale Pyrénéenne.

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Délégué au Congrès de Médecine de Tunis par l'Union Thermale Pyrénéenne, j'apporte à ce Congrès le salut des Stations Thermales des Pyrénées.

Nous savons combien les Tunisiens affectionnent nos Pyrénées françaises et nos Stations thermales qui sont de véritables ateliers de réparation du moteur humain ; nos malades nord-africains retrouvent rapidement chez nous leur bonne santé et leur bonne humeur.

C'est comme représentant de quelques-unes de ces Stations thermales pyrénéennes que je prends la parole à cette séance inaugurale et que j'apporte à votre intéressant Congrès tous mes vœux de brillant succès scientifique.

Le Docteur Delort, délégué de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres, prononce les paroles suivantes :

Messieurs,

Enviez-moi. Il m'est permis, il m'est fait un devoir d'être immodeste.

Rien ne pouvait me rendre plus fier que d'apporter à votre illustre assemblée le salut de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres de France.

Beaucoup d'entre vous se glorifient à bon droit d'une ancienneté riche en actes et en honneur.

Nous avons quatre ans accomplis.

Notre passé ? Ce sont nos ancêtres.

Dans cette ville où les pierres des monuments scientifiques chantent sa gloire on nous comprendra de nous réclamer de Pasteur... travailleur libre.

Notre présent ? C'est Cathelin qui fut notre premier Président, c'est Clément Simon, c'est Thierry de Martel, c'est Mawas, c'est Paul Descomps.

Et nous voici n'est-ce pas en pleine actualité du congrès puisque

Mawas est parmi nous et que Paul Descomps pleure de n'y pas être, puisque aussi sans savoir qu'il était notre Président vous l'aviez choisi comme conférencier.

Nous voici unis par une commune amitié, par une commune admiration.

Henri Montlaur, un grand dermatologiste qui mourut sans avoir accompli son destin. un jour nous groupa et nous donna un âme... la sienne, puis il nous quitta avant que sa première année ne fut accomplie.

Nous avons donc fondé cette société qui se réunit dix fois par an pendant deux heures et qui travaille « à la veillée » laissant intacte la journée de travail, qui comporte toutes les spécialités, qui a accueilli toutes les méthodes pourvu qu'elles soient saines et disciplinées, toutes les maisons pourvu qu'elles soient centre de travail et d'enseignement, de dignité irréprochable.

Nous avons fait cette réunion de plus de 200 membres où il n'y a pas plus de 5 % d'indifférents.

En 10 séances par an, nous faisons 60 communications qui donnent lieu de 200 à 300 discussions.

Tels sont les hommes que je vous présente.

Tels sont les travaux accomplis.

Or, ce présent et cet avenir vous voulez bien les accueillir. Aussi est-ce la tête bien haute que nous entrons chez vous.

Nous vous apportons notre amour du travail, notre espoir tout neuf, nos premières réalisations.

Nous nous inclinons :

Devant Son Altesse le Bey, Possesseur du Royaume Merveilleux ;

Devant le Ministre de France qui sait donner à notre pays son visage de dignité, de calme, de conciliation, de sagesse, seule image de la force,

Devant tous ceux de l'Afrique qui nous écoutent, magnifique assemblée qui, sous la lumière méditerranéenne, groupe tant de nations et tant d'amis.

Devant ceux qui de tout leur esprit vont suivre ces travaux.

Enchantés, non étonnés d'être ici...

Nous pourrions vous exprimer notre gratitude, de nous permettre de nous aligner dans votre ombre, mais nous sommes trop enchantés par votre ciel éclatant pour nous exprimer ainsi.

Ce que je suis donc chargé de vous dire, Messieurs, c'est notre infinie reconnaissance de cette place que vous avez bien voulu nous faire à votre soleil.

Au nom des pharmaciens, le Docteur Lenoir a esquissé en quelques traits de maître et les bienfaits sociaux que porte en elle la bonne entente des deux professions sœurs et la valeur morale, scientifique et sociale de certains groupements pharmaceutiques, telle par exemple l'Association Française des Docteurs en Pharmacie.

Reprenant dans sa péroraison les paroles du Grand Africain, le Maréchal Lyautey : « Rien ne fait vraiment bien sans une parcelle d'amour », l'orateur de s'écrier : « Aimons-nous les uns les autres d'abord, écartons ces ferments de haine qu'un mauvais génie a laissé tomber sur notre grand pays, faisons de la sorte que les relations d'amitié, nées de manifestations comme celle-ci, nous fournissent l'occasion de bien servir l'intérêt général, ce qui contribuera, une fois de plus, à la hauteur et à la prospérité de notre beau et immortel pays de France ! »

Le Docteur Burnet, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, Président du Congrès, prononce alors le discours suivant :

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Représentant de Son Altesse le Bey,

Mesdames, Messieurs,

Le VIII[me] Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord va s'ouvrir à Tunis, et concentrer ses travaux sur un sujet unique, une maladie des yeux, le trachome : question importante, question poignante pour la Tunisie, pour une grande partie du bassin méditerranéen, et, bien au delà, pour des pays situés loin de nous : la Chine, les Amériques. De sorte qu'en travaillant pour nous, nous travaillerons pour l'humanité.

Le Corps médical ne possède point par lui-même les ressources nécessaires pour organiser un Congrès et recevoir ses hôtes. Si nous sommes réunis, si la réunion a lieu dans ce cadre spacieux et solennel, nous le devons à l'appui et à la munificence du Gouvernement de la Tunisie et de la Municipalité de Tunis. Nous les prions de recevoir ici la première expression de notre gratitude, sans attendre le moment où nous acquitterons en détail nos nombreuses dettes de reconnaissance.

Au nom du Congrès, je salue respectueusement S. A. le Bey, en la personne de son très distingué représentant, M. le Général Mohamed Torki.

M. le Résident Général a bien voulu adopter ce Congrès et en présider l'inauguration. Il n'oublie pas qu'une belle période de sa carrière a été consacrée à la médecine sociale. Il sait que le progrès économique et le progrès sanitaire sont les trois aspects inséparables de l'œuvre qu'il s'est toujours proposé d'accomplir.

M. le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien, assisté de M. le Secrétaire Général adjoint, nous a toujours témoigné, en particulier pour la médecine pastorienne, une compréhension et une

confiance que justifiera, je l'espère, la partie pastorienne de nos travaux.

Nous remercions MM. les Membres des deux sections du Grand Conseil, dans l'esprit de qui les difficultés du moment n'ont pas combattu la volonté de nous soutenir.

M. le Général Commandant supérieur des Troupes de Tunisie, sait que l'officier et le médecin du bled sont des frères d'armes. Il a bien voulu associer l'armée à cette cérémonie. Je remercie à ce propos la belle musique du 4[me] Régiment de Zouaves et ses chefs.

Je remercie Mgr. Lemaître, Archevêque de Carthage et Primat d'Afrique, d'avoi rdaigné accepter notre invitation. Sa présence signifie qu'il n'y a pas de médecine sans l'esprit de charité.

J'adresse mes remerciements à M. le Cheikh Ul Islam, à M. le Pasteur et à M. le Grand Rabbin.

Je remercie M. le Directeur de l'Education et des Beaux-Arts d'avoir soutenu ce Congrès et de s'être rappelé à notre sujet qu'il est le Directeur de droit et de fait des institutions d'Enseignement d'ordre supérieur en Tunisie.

Je ne puis pour le moment remercier que sommairement la Municipalité de Tunis pour tout ce qu'elle a fait pour nous. Les congressistes ne tarderont pas à apprendre à quel point elle les a comblés de faveurs.

Je salue M. le Directeur de l'Assistance et de la Santé Publique avec un accent particulier de fraternité, parce que nous sommes très heureux, avec le Corps médical de Tunisie, que ce Directeur soit un des nôtres, un médecin.

Le concours de tant de sympathies prouve que ces réunions médicales régulières sont reconnues comme une institution de haute culture et d'utilité publique, et qu'elles réalisent sur le plan intellectuel une unité fédérative de l'Afrique du Nord.

La réunion d'aujourd'hui est une des plus complètes que nous

ayons vues. M. le Médecin-Inspecteur Général Epaulard, Directeur du Service de Santé du 19e Corps d'Armée, M. le Médecin-Général Donval, Directeur du Service de Santé de la Marine, M. le Médecin-Colonel Baur, Directeur du Service de Santé des Troupes de Tunisie, non seulement ont voulu se trouver parmi nous, mais ils nous ont fourni sur le trachome dans l'armée des rapports d'une haute valeur.

La médecine vétérinaire participe au Congrès d'abord en la personne de nos confrères de Tunisie, mais aussi en la personne de M le Médecin-vétérinaire Inspecteur Général Carougeau, connu partout par ses beaux travaux scientifiques, et de M. le Colonel Nennig, Directeur des Services vétérinaires de l'armée.

Le Corps des Pharmaciens est avec le Corps médical. Il a appuyé son Congrès sur le nôtre; des délégués de Paris et d'Alger sont venus se joindre à eux.

A côté de notre Congrès et en même temps se tient la réunion de la Société d'Electro-Radiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord, sous la présidence de notre confrère Tunisien, le Dr Jaubert de Beaujeu.

Enfin, je salue les membres du Comité de l'Union internationale contre le péril vénérien, qui se rendant pour leur session à Alger, ont tenu à passer par Tunis et à fréquenter nos séances. Ils sont représentés par leur Président, le Pr Dubois, de Genève, et leur secrétaire général adjoint, le Dr Dekeyser, de Bruxelles.

Nous remercions MM. les Consuls et les représentants des autres Nations, qui sont venus témoigner de la solidarité des peuples dans la lutte contre les fléaux communs. Je vois des délégués de la Belgique, de la Hollande, de la Suisse, de la Roumanie. Je désire exprimer à M. le Consul d'Italie combien nous sommes heureux que le Gouvernement italien ait désigné une si brillante et nombreuse délégation, non seulement de l'Italie ,mais aussi de la Lybie, ayant à sa tête M. le Sénateur et Professeur Nicola Pende, physiologiste et médecin, dont la pensée originale et audacieuse continue admirablement le génie créateur de la médecine italienne.

Je salue nos éminents confrères venus de France : le Pr Coutelen, délégué de la Faculté de Médecine de Lille ; le Pr Redslob, de la Faculté de Strasbourg ; le Dr Jayle, délégué de la Faculté de Marseille ; le Dr Gueguen, de l'Ecole de Médecine de Nantes ; les Drs Delort et Martiny, délégués de la Société Médicale des Hôpitaux libres de Paris.

Je salue enfin notre famille immédiate, les Médecins et Hygiénistes venus de l'Algérie et du Maroc, et parmi eux, le secrétaire général permanent de notre Fédération, le Pr Senevet, et le Dr Noury, délégué de l'Institut Pasteur de Casablanca.

Que de regrets nous laissent les évènements imprévus qui nous ont privés de la participation du Dr Cavaillon, du ministère de la Santé Publique ; du Pr Couvelaire, l'apôtre de la protection de la maternité et de l'enfance ; du Dr Paul Descomps, qu'une haute amitié attirait à Tunis.

Il est, hélas ! des absences irréparables. Je désire évoquer l'illustre savant qui présida les premières journées médicales de Tunis, en 1926, et le Congrès de Tunis de 1934 : notre maître à tous, Charles Nicolle. Nous parlerons beaucoup de lui au cours de nos séances, car il a été, avec Cuénod, le pionnier de l'étude expérimentale du trachome.

Lorsqu'il nous rappelait, en termes éloquents, ce que nous devons à ces illustres maîtres disparus, Ch. Nicolle et V. Morax, M. le Dr Bailliart, Président de la Ligue Internationale contre le Trachome, ne pouvait pas nous dire lui-même qu'il est considéré en France et en Europe comme leur digne successeur.

Je désirerais dire quelques mots du sujet que ce Congrès va étudier. Tous les ans se tiennent, dans un pays ou dans un autre, un certain nombre de Congrès d'ophtalmologie. Cependant c'est la première fois, si je ne me trompe, qu'un Congrès est consacré uniquement au trachome ; et quand nous avons adopté ce sujet l'an dernier, à la clôture du Congrès d'Alger, nous avons été très raisonnables. Il n'existe pas de sujet plus grave, et plus intéressant, baigné, si je

puis dire, par tous les courants actuels qui transforment lentement les sciences médicales.

Le trachome est une maladie enodémo-épidémique, extrêmement répandue dans le monde — il y a, au moins, 100 millions de trachomateux — et atroce, quoiqu'elle ne tue pas, parce qu'elle fait une multitude d'aveugles et de demi-aveugles. Ce qu'est l'œil pour l'être humain, à quoi bon essayer de le dire ? Chez les Grecs, la mère appelait son enfant : « œil de ma vie ». L'hygiène moderne attribue aux maladies une Cote économique et calcule leurs méfaits en journées de travail perdues. La Note du trachome se monte certainement dans le monde à des milliards de francs et même de dollars.

Par ses caractères endémiques et épidémiques, par la contagion, par des allures qui dépassent le savoir, la volonté et le pouvoir de l'individu, le trachome est au même titre que la tuberculose, la syphilis, le paludisme, une maladie sociale. C'est plus qu'un problème de médecine individuelle, c'est un problème de médecine collective : l'Etat se voit obligé d'intervenir, de créer des moyens de lutte, de les doter d'un budget spécial. Ce n'est pas seulement une question de médecine curative, c'est une question de médecine préventive. Il faut mettre en œuvre le recensement des malades, l'inspection des écoles, les tournées médicales, les dispensaires, les auxiliaires, visiteurs et visiteuses. On s'aperçoit enfin que cette organisation reste impuissante, comme la lutte contre la tuberculose, s'il n'y a pas à la base une instruction et une éducation élémentaires, mais fortes, l'amélioration des conditions de vie, en un mot le progrès mental et matériel — le progrès social.

La lutte contre le trachome fait donc appel à toutes les facultés, à toutes les qualités intellectuelles, morales et sociales, du médecin et de ses aides. Bien loin d'exiger d'eux une spécialisation étroite et médiocre, elle leur demande d'être un médecin complet, qui ne soit étranger à rien de ce qui est humain. Elle est tout à fait dans la ligne de labeur de ces médecins de la santé publique, que nous admirons et que nous aimons, parce que dans la guerre pour la défense de la vie humaine ils sont toujours sur le front.

Pour revenir à la science médicale, le trachome nous intéresse

passionnément, parce qu'il s'est passé pour lui ce qui s'est passé pour d'autres maladies qui semblaient plus ou moins éloignées des principales lignes de recherche, par exemple les maladies de la peau, la dermatologie. Le trachome est entré dans la pathologie générale. Il n'est pas plus indépendant que, par exemple, l'eczéma, de la physiologie du corps humain, il n'est pas retranché de l'empire des vitamines et de hormones.

Enfin, si je puis employer cette expression, le trachome est devenu cher aux pastoriens, parce qu'il a été reconnu comme une maladie infectieuse, contagieuse, microbienne, et que le génie de Pasteur, toujours vivant et fécond, est avec nous pour nous inspirer. Pour l'Institut Pasteur de Tunis, — et je comprends dans l'Institut Pasteur tous les médecins qui coopèrent à son effort — cette évolution de la question du trachome est un sujet de fierté; car elle ne s'est pas accomplie toute seule; elle est due à un labeur de trente ans, patient et continu, accompli dans le silence dans ce pays qui peut s'enorgueillir, que deux hommes ont su réaliser, comme on doit le faire, l'alliance de la clinique et de l'expérience : l'un, dont nous déplorons la perte : Charles Nicolle, et l'autre que nous avons la joie de posséder parmi nous, toujours actif et plein de foi en sa recherche : Ernest Cuénod.

N'est-ce pas une merveille que Tunis, après avoir été un foyer si ardent de découvertes sur le typhus exanthématique, soit maintenant un des principaux foyers de recherche sur le trachome ? Y a-t-il deux maladies qui pouvaient paraître plus différentes l'une de l'autre ? Voici que la médecine expérimentale les rapproche en découvrant des analogies que la précédente génération médicale n'avait pas prévues. Le problème de l'origine rickettsienne du trachome a été posé en même temps au Brésil et en Tunisie. La discussion sur les rapports entre les rickettsias des typhus et les corps rickettsoïdes du trachome sera certainement au sommet des rapports et des communications remarquables apportés au Congrès par tant de collaborateurs distingués.

La fierté que j'exprime est exempte de vanité. Tunis ne réclame pas toute la gloire. Nous savons que pas une seule découverte n'est due exclusivement à un pays, à un laboratoire, à un homme. Les

fils et les courants de la pensée s'entrecroisent, d'un cerveau à l'autre et d'un pays à l'autre, avec une complexité inextricable. De combien de pays divers proviennent aujourd'hui des observations et des expériences qui éclaircissent peu à peu ce problème du trachome, qui avant hier encore n'était guère moins rempli de ténèbres que les yeux des pauvres trachomateux eux-mêmes ! J'ai voulu surtout dire à mes confrères, qui ont plus ou moins pris part à ces recherches, aux Autorités qui nous assurent des moyens de travail, au public éclairé qui s'intéresse à notre effort et nous soutient de sa sympathie, que Tunis est justement fière, et leur est reconnaissante, d'être aujourd'hui le siège du premier Congrès du trachome.

Lorsque les applaudissements chaleureux qui saluent ces éloquentes paroles prennent fin, M. le Résident Général se lève à son tour et prononce le discours suivant :

Je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue en Tunisie. Vous arrivez dans un pays quelque peu troublé par une agitation criminelle.

Des mesures exceptionnelles ont dû être prises pour ramener le calme. Celui-ci est désiré par tous les éléments sains de la population. Il est d'ailleurs la condition indispensable pour la solution de nombreux problèmes qui se posent et qui demandent toute vigilance.

Parmi eux, il en est un que je place au premier rang, c'est l'assistance médicale, la lutte contre les facteurs pathologiques propres à la Tunisie, tout ce qui, de près ou de loin, touche à la Santé publique et constitue sa sauvegarde. J'attache donc une valeur très particulière à la joie qui m'est offerte de présider cette première séance inaugurale du VIII[e] Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord.

Je me félicite vivement que le Comité réuni à l'issue du brillant Congrès d'Alger, en mars 1937, sous la présidence de l'éminent professeur Gillot, assisté de son brillant collègue, le professeur Sénevet (qui est des nôtres aujourd'hui), ait choisi, pour le Congrès de 1938, la Tunisie et, comme sujet des travaux qui vont commencer, le trachome.

Certes, on vous dira tout à l'heure que ce fléau, qui menace l'humanité dans l'un des plus précieux de ses biens, sévit dans un domaine géographique étendu. Mais son incidence est considérable en Afrique du Nord et devient vraiment tragique dans trop de régions de la Tunisie.

Me sera-t-il permis d'évoquer quelques souvenirs ? Ceux qui ont trait à la maladie que vous allez étudier au cours de vos séances de travail sont particulièrement vivants et précis dans ma mémoire.

Dès mon arrivée ici, je voulais, ainsi que mes prédécesseurs, faire le tour de ce Protectorat aux horizons divers. J'avais à cœur de connaître, avec les aspects contrastés du pays, les besoins des populations.

Partout, dans le Nord, dans le Centre, dans le Sud, j'ai été douloureusement ému d'apercevoir trop souvent cette silhouette caractéristique de l'aveugle drapé dans son burnous et dont la majestueuse misère tenta le pinceau de nombreux artistes.

Son bâton tâtant devant lui le chemin, la victime de l'ophtalmie lève le front vers le ciel comme pour une vaine supplication à la lumière qui se refuse. Combien d'individus jeunes, grands, vigoureux, sont ainsi écartés de toute activité productrice, demeurant à la charge de leur famille et de l'Etat.

A Gabès, à Tozeur, à Nefta, la beauté de l'oasis conquiert le voyageur. Mais qu'il s'approche de la foule, il y trouvera le triste spectacle des cornées grises et dépolies, des paupières rouges et suintantes, des enfants clignant leurs yeux malades à la clarté qui les blesse et si habitués à leur infortune qu'ils ne font nul effort pour se débarrasser des myriades de mouches qui les harcèlent, futures vectrices de l'infection redoutable, qu'elles iront apporter aux sujets encore indemnes.

En présence d'une telle calamité, la section tunisienne de la Ligue Internationale contre le Trachome, créée à l'instigation du Dr Cuénod et présidée successivement par les Drs Nicolle et Burnet, entreprit, dès 1920, une œuvre de propagande par les tracts, les conférences, le cinéma et suscita quelques initiatives privées.

En 1930, l'Office d'Hygiène Sociale, sous la direction du Dr Mazères, organise une mission prophylactique spéciale contre le trachome dans les oasis du Sud, particulièrement touchées. Cette mission, confiée au Dr Talbot, eut surtout, à côté de son action prophylactique, un rôle d'information et permit de dégager les principes de l'organisation antitrachomateuse, améliorée progressivement mais encore très incomplète à l'heure actuelle.

La Régence est divisée en secteurs ophtalmologiques. Le médecin de secteur donne des consultations, pratique les interventions d'urgence dans les principaux centres et visite régulièrement les écoles. Il est assisté d'infirmiers ou d'infirmières scolaires et d'infirmières visiteuses. La lutte antitrachomateuse ne peut, en effet, donner de résultats durables que si elle est entreprise sur le plan pré-scolaire et familial par des infirmières visiteuses.

La réalisation de ce programme, en voie d'exécution intégrale dans la région des oasis et dans le Nord, se poursuit progressivement.

Le service antitrachomateux rural est en liaison constante avec les services spécialisés des hôpitaux et des dispensaires polyvalents, rattachés eux-mêmes à la Direction de l'Assistance et de la Santé Publiques, confiée à un médecin, le Dr Dupoux, qui est un homme de cœur en même temps qu'un excellent administrateur. En rapport étroit avec le Dr Cuénod, conseiller technique, dont la modestie égale la science, le Dr Dupoux centralise les renseignements et coordonne tous les efforts.

Les services compétents ne se dissimulent pas les difficultés de l'œuvre entreprise, mais patiemment ils poursuivent la lutte et envisagent une organisation plus complète tant dans les centres urbains que dans les campagnes. Ils prévoient, notamment, le développement des services hospitaliers, actuellement insuffisants, l'extension des tournées des médecins ophtalmologistes et la création d'un centre antitrachomateux à Tunis, à l'instar du centre antisyphilitique et du centre antituberculeux qui ont déjà donné de si beaux résultiats.

Déjà, grâce à ces efforts, le haut pourcentage de trachomateux, autrefois constaté, a diminué dans de notables proportions, le fléau

recule et il nous est permis d'espérer que dans un avenir, que nous souhaitons prochain, le trachome sera jugulé en Tunisie, comme il l'a été dans d'autres pays.

Au moment où la lutte prend plus d'ampleur, en Tunisie, qu'il me soit permis de dire que l'à-propos de ce Congrès nord-africain du trachome n'est pas une apparence. Je suis convaincu que les populations atteintes tireront des savants travaux de vos rapporteurs, des communications, des échanges de vue qui vont avoir lieu, des bienfaits immédiats. Aussi, est-ce avec joie que je vous adresse, avec le témoignage de ma haute estime, le remerciement et le confiant hommage des humbles qui souffrent, mais qui espèrent.

Le Résident Général a salué ensuite les personnalités présentes et notamment le représentant de la Belgique (toujours si chère aux cœurs français), de la Roumanie et de l'Italie.

A Monsieur le Pr Pende, sénateur du Royaume d'Italie, il demande de témoigner à son retour à Rome « de la bonne entente qui existe entre médecins italiens et médecins français et tunisiens, voyant dans cette amicale confraternité, le symbole des rapports amicaux désirables dans tous les domaines de l'activité humaine, entre nos nationaux et nos protégés et les représentants de la Nation voisine ».

S'adressant ensuite au Dr Burnet, il continue son discours en ces termes :

« Il serait superflu d'évoquer devant vous le prestigieux passé scientifique du Dr Etienne Burnet. Ses travaux, depuis son long et utile séjour au Comité d'Hygiène de la S. D. N. appartiennent à un patrimoine scientifique mondial. Il ne m'en voudra pas de rappeler avec quelque fierté que la Tunisie a profité de plusieurs étapes de sa belle carrière. A la tête du Service d'Hygiène, puis sous-directeur de l'Institut Pasteur auprès de son illustre fondateur Charles Nicolle, le Dr Burnet nous avait déjà donné la mesure de sa vaste culture et de ses qualités exceptionnelles de chercheur et d'organisateur.

Ses travaux sur la fièvre méditerranéenne ont contribué à faire mieux connaître et mieux combattre cette affection. Son retour en Tunisie a été salué par le Corps médical tout entier comme une heureuse et opportune éventualité. Travailleur infatigable, il s'est

attaché, ces temps derniers, à l'étude de la lèpre, ce qui lui valut de représenter avec éclat la Régence au récent Congrès du Caire. Le Dr Burnet a continué également ici, les difficiles travaux entrepris dans tous les pays du monde, pour tenter de résoudre l'immense problème de l'alimentation.

Je ne puis, devant vous, m'étendre davantage sur le tribut d'admiration et de reconnaissance dû au savant. La Tunisie toute entière rend un fervent hommage aux qualités de l'homme, qui savent se manifester avec des nuances charmantes de courtoisie et de bonté.

Ses confrères, tous ceux qui l'ont connu, se sont inclinés, pleins d'estime et de respect, devant la grandeur du sacrifice que lui imposa au mois de février dernier, un accident aux suites cruelles. Victime d'une inévitable mutilation, Etienne Burnet, calme devant les faits et stoïque dans la souffrance, ne pensait ni à la douleur présente ni au préjudice esthétique à prévoir, mais uniquement, simplement, aux possibilités qui lui demeuraient d'adapter l'état de sa main blessée à ses gestes délicats d'homme de laboratoire. Nous n'en doutons point, cher grand ami, vos aptitudes ne seront que grandies par l'épreuve grâce à votre grand cœur et à votre belle volonté.

D'ailleurs, vos élèves, vos amis, vos confrères n'ont-ils pas déjà les preuves d'une vie qui se poursuit et s'exalte : Congrès du Caire, présidence du Congrès de Tunis et reprise aussi rapide que possible de vos délicates recherches, sont déjà là pour nous rassurer.

L'équipe de chercheurs qui vous entourent, ne pouvait rêver plus haute autorité, ni plus bel exemple de labeur que ceux donnés par celui qui nous fut désigné par la grande et sage Maison pastorienne de Paris.

Ainsi que vous le disiez en prononçant l'éloge du regretté Charles Nicolle, la force du savant qui est aussi un chef, réside dans la maîtrise qu'il apporte à organiser « une heure, une journée, une vie de travail ».

Tous les praticiens d'origines diverses, mais animés du même idéal, qui luttent pour le mieux-être des populations de la Régence, les Directeurs des Services de Santé civils et militaires savent que

leur meilleur appui technique et intellectuel veille et progresse à leurs côtés et que l'Institut Pasteur de Tunis demeure digne de sa haute mission, de son prestigieux passé et de sa gloire mondiale.

Revenant au Congrès qui nous réunit ici, je n'aurai garde d'oublier l'étendue de la tâche qu'imposait son organisation matérielle.

Je félicite de leur inlassable activité les Drs Lamarche et Pérez qui ont secondé de tout leur cœur leur Président. Malgré les circonstances présentes, il était utile de montrer à tous que des préoccupations pacifiques et bienfaisantes ont encore parmi les hommes la place qui leur revient.

L'ambition du Comité est de permettre dans les meilleures conditions de confort les hauts échanges d'idées et de connaissances qui font l'objet de vos réunions savantes.

Il n'est pas temps encore de les louer du résultat de leurs efforts. Mais je puis déjà témoigner que le Comité des Dames montre que la compagne du médecin est présente à ses côtés en toutes circonstances, a fait de son mieux pour que nos aimables visiteuses, durant leur trop bref séjour, apprécient l'hospitalité tunisienne.

Avant de céder la parole aux savants qui ont bien voulu participer au Congrès, je place toutes ces manifestations sous le Haut Patronage de M. Albert Lebrun, Président de la République Française et de S. A. le Bey, Possesseur du Royaume de Tunis, qui a bien voulu me dire l'intérêt qu'il portait à cette belle manifestation de bienfaisant savoir ».

Je déclare ouvert le Congrès de Médecine de Tunis.

Première Séance de Travail

Tandis que les femmes de nos confrères congressistes sont conduites à la visite du Musée du Bardo et à la Poterie d'Art (Chemla frères), s'ouvre, au Palais des Sociétés Françaises, la première séance de travail, sous la présidence du Dr Dupoux, Directeur de la Santé Publique. Elle est consacrée au rapport du Dr Kortobi sur « l'Histoire et la Géographie du Trachome en Tunisie ». Le Dr Pagès présente ensuite le rapport du Dr Renaud (Rabat) sur « le Trachome dans la Médecine Arabo-Marocaine ». Enfin le Pr U. Lumbroso et le Dr G. Lumbroso (Tunis) parlèrent du « Terrain et des Associations pathogènes ».

Deuxième Séance de Travail

Elle est ouverte à 15 h. 30 sous la présidence du Médecin-Général Epaulard. Le Dr Pagès de Rabat résume son rapport sur l'« Epidémiologie du Trachome ». Une discussion courtoise et pleine d'intérêt s'engage ensuite sur ce rapport.

Conférence du Pr Mouriquaud. — A 16 h. 30 M. le Pr Mouriquaud, de Lyon, donne sa conférence sur « Hormones, Vitamines, Climat et Puberté » devant une très nombreuse assemblée. Cet exposé lumineux des problèmes qui renouvellent la médecine est applaudi avec enthousiasme et gratitude.

La réception de la Municipalité au Pavillon du Belvédère. — A 18 heures, malgré le désir de restreindre au minimum les réceptions dans une ville en deuil, la Municipalité de Tunis reçoit les congressistes dans le très beau cadre du Pavillon du Belvédère. Un temps pluvieux et bouché nous empêche de contempler la vue, d'ordinaire si belle, du lac et du golfe. Le général Laignelot, entouré de ses

principaux collaborateurs, accueille les congressistes. L'orchestre municipal, sous la prestigieuse baguette de M. Babin, se fait entendre dans : « la Fête Polonaise », de Chabrier, « Chants Populaires Russes », de Liadow, l'ouverture des « Maîtres-Chanteurs », de Wagner. Le général Laignelot prend la parole en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

J'aurais été tenté de vous exprimer nos regrets de vous recevoir aujourd'hui dans ce Belvédère d'où l'on jouit généralement d'un coup d'œil admirable, par un temps quasi-diluvien, mais je n'aurais pas traduit ma pensée.

C'est qu'ici, la pluie, qui s'abstient trop souvent, est considérée comme une fée bienfaisante et l'on bénit ceux dont l'arrivée coïncide avec sa venue. Les Tunisiens vous diront que vous avez « *les éperons verts* ».

Ne regrettons donc pas trop cette situation de notre climat.

Et puisque cette expression « climat » est passée dans notre langue, un mot seulement du climat politique actuel de ce pays. Vous y êtes arrivés par un temps d'orage, dès votre débarquement vous avez sans doute perçu les échos d'une sorte d'agitation maladive mais, vous l'avez vu, le calme a succédé rapidement à l'orage.

Je veux espérer que votre présence parmi nous que le but même de vos travaux feront comprendre à la population tunisienne que les peuples européens, et, particulièrement ici, que la France protectrice, ne poursuivent qu'un but :

Apporter à leurs protégés les bienfaits d'une civilisation qui n'aspire qu'à leur bien-être matériel, physique et moral.

Messieurs,

J'ai tout d'abord l'honneur et le plaisir de vous adresser les souhaits de cordiale bienvenue de la Ville de Tunis, heureuse et fière d'avoir été choisie comme siège d'un Congrès de savants qui ne poursuivent qu'un but :

Faire du bien à leurs semblables.

Votre choix n'a pas été fixé par l'agrément d'un voyage dans un pays dont le ciel, souvent trop serein à notre gré, vous dispense aujourd'hui autre chose que ses clartés.

Vous êtes venus en Tunisie parce que vous savez que sont très nombreux dans la Régence, malheureusement assez féconde en fléaux sociaux, les malheureux emmurés en eux-mêmes et qui ont des yeux pour ne point voir.

Qu'est-ce qui peut procurer plus de satisfaction intime à un médecin, quoi de plus beau, de plus touchant, que de rouvrir le sens de la vue à ces malheureux emprisonnés dans les ténèbres.

C'est à ce mal que vous voulez porter remède. Et c'est pour cela surtout que vous êtes réunis ici.

C'est que le savant a changé de nos jours sa physionomie légendaire. Il n'est plus le médecin de Molière dont Mlle Dussane nous montrait, il y a quelques jours, la caricature. Il n'est plus l'isolé qui passait autrefois son existence dans une tour d'ivoire ou plus souvent dans une mansarde, sans aucun champ d'expérience.

Aujourd'hui, vous travaillez individuellement certes, mais vous versez au fonds commun de la Science le résultat de vos recherches personnelles.

Vous vous rassemblez, comme aujourd'hui, dans des congrès où vous dressez l'inventaire des progrès réalisés, où s'affrontent courtoisement vos théories et où, finalement, l'accord se fait sur les prin-

cipes à suivre et sur les moyens à employer afin de gagner une nouvelle victoire sur la maladie, pour le grand bien de l'humanité souffrante.

Gagnerez-vous la bataille du trachome ? Ce trachome, vous le traquez, l'ennemi, microbe ou virus, est cerné dans un dernier brouillard.

Messieurs, vous qui êtes les apôtres de la véritable paix, les apôtres de l'amour du prochain, vous faites la guerre à ses ennemis.

Laissez-moi vous dire avec la triste expérience que j'ai des champs de bataille, mais avec la foi qui nait de la contemplation des manœuvres savantes opérées par une troupe d'élite :

« Vous le tenez cet ennemi public — Encore un effort — La victoire est à vous ».

Au nom des congressistes, le Dr Burnet lui répond :

M. le Président de la Municipalité,

Mesdames, Messieurs,

Je remercie chaleureusement la Municipalité de Tunis pour la réception qu'elle donne au Congrès de Médecine en ce site magnifique, d'où la vue découvre un tableau incomparable, dont on ne se lasse jamais. Beaucoup de mer, beaucoup de ciel, une terre aux nuances douces et charmantes, le travail des hommes, une lumière d'où rayonne la joie et où s'effacent presque les peines.

D'ici, nous embrassons ce que nous appelons le grand Tunis, et au point de vue historique, au point de vue pittoresque, le grand Tunis comprend Carthage, avant tout, Sidi Bou Saïd, la Goulette,

et de l'autre côté cette concavité du Sedjoumi, où les amateurs de paysages seront séduits par un charme étrange et austère.

C'est un paysage éternel; il s'est peint dans les yeux d'Annibal et de Scipion, de Caton et de Marius, des Gracques et de Jules César, des sultans tunisiens, de Charles Quint, de Saint-Louis.

Je remercie la Municipalité de Tunis de sa générosité pour le Congrès, du personnel qui s'est mobilisé pour nous, depuis les éminents ingénieurs, chefs de services, jusqu'aux ouvriers.

A l'époque romaine, tout habitant des campagnes de la Tunisie rêvait d'élargir sa condition en devenant citoyen d'une ville. La ville lui était beaucoup plus proche, vivante, familiale et même maternelle que l'Etat. Nous sommes fiers d'être reçus par la Ville, selon la tradition antique.

Quand les congressistes auront parcouru le paysage que nous avons sous les yeux, ils apprécieront le travail que la Ville accomplit depuis des années, non pour l'embellir, mais pour en servir la beauté naturelle et historique.

MM. les Présidents de la Municipalité, vous en particulier, M. le Général Laignelot, par une pensée qui nous touche profondément, vous avez voulu que l'atmosphère de cette réunion soit remplie du charme de la musique; et vous y avez appelé cet orchestre symphonique qui, sous votre patronage, et sous la talentueuse direction de M. Maurice Babin, chef d'orchestre, s'est emparé de la sensibilité et de l'âme des Tunisois. C'est vous qui avez doté la Ville de ce joyau, de cet élément de culture très élevée qui lui manquait. Grâce à vous, nous entendons à Tunis les grandes œuvres classiques, interprétées par le chef d'orchestre avec autant de science que de flamme. Grâce à vous, le culte de la haute musique est célébré avec cette discipline dans l'harmonie qui est une leçon pour toutes les âmes. Des pages telles que l'ouverture de Coriolan, l'ouverture des Maîtres-chanteurs, que vous allez entendre, le Concerto pour violon et orchestre, l'après-midi d'un faune, de la musique plus moderne encore, nous les avons entendues, non pas sortant d'un disque ou de la T. S. F., ce qui est déjà admirable, mais sortant toutes brûlantes des

poitrines et des cœurs de nos frères humains, sous la baguette magique du Chef. Quelle émotion, cette année même, quand nous avons vu le labeur et l'enthousiasme de ce vaillant orchestre s'élever jusqu'aux hauteurs sublimes de la symphonie avec Chœurs !... J'adresse de fervents remerciements aux musiciens comme à leur chef.

Puisque nous sommes réunis ici sous les auspices de la *Ville*, donnons un salut aux Villes qui sont comme les marraines régulières du Congrès : Alger, l'une des plus belles cités du monde ; Casablanca, la ville industrieuse et affairée, Rabat, la Rabat de Lyautey, et Oran, l'une des portes de l'Afrique. Et saluons au loin les capitales de nos hôtes : Amsterdam, Berne, Bruxelles, Bucarest, Londres, New-York, Paris, Rome...

Levons notre verre en leur honneur.

Deuxième Journée

Le ciel rasséréné permet la visite des ruines de Carthage sous la très savante direction du Dr Gobert.

Troisième séance de travail :

La parole est tout d'abord donnée aux Drs Cuénod et Nataf qui exposent leur rapport sur « L'Etiologie du Trachome et études expérimentales ».

Après une intéressante discussion la parole est ensuite donnée aux Drs Mme Reymonde Gentile et Cohen-Boulakia qui parlent du « Traitement du Trachome en Afrique Mineure ».

Conférence de M. le Professeur Pende. — A 11 heures, dans la salle du cinéma « Le Capitole », le Pr Pende, sénateur du Royaume d'Italie, Professeur à l'Université de Rome, devant une très nombreuse assemblée au premier rang de laquelle on remarque le Consul général Silimbani, fait une très belle conférence sur « L'Orthogénèse et les traitements qui peuvent retarder la vieillesse ». Un film sonore illustre ensuite cet exposé et nous montre les réalisations obtenues par l'illustre savant dans son Institut de Rome.

Déjeuner au Dar-Zarouk. — A 13 heures, le Dr Burnet, Président du Congrès, reçoit au Dar-Zarouk le Comité d'organisation du Congrès et les hôtes étrangers. Au cours d'une courte allocution, il leur présente la personnalité du Baron d'Erlanger et leur dit le rôle qu'il a joué pour la conservation des Arts Tunisiens en général et du Site de Sidi Bou Saïd en particulier. Au nom de tous, le Dr Bailliart remercie le Dr Burnet dans un court discours très applaudi.

Quatrième séance de travail :

A 15 heures, le Médecin-Général Epaulard, Directeur du Service de Santé du XIXe Corps d'Armée, expose le remarquable rapport qu'il a fait avec la collaboration du Médecin-Colonel Laurency sur « Le Trachome en Algérie vu par les Médecins Militaires ». Après

discussion, lecture est donnée du rapport du Médecin-Colonel Baur et du Médecin-Capitaine Carrié sur « La Prophylaxie dans l'Armée en Tunisie ».

Conférence du Professeur Benhamou. — A 16 h. 30, le Pr Benhamou, d'Alger, fait une conférence magistrale sur « Les Hépato-glénomégalies fébriles ».

Thé au Palais de la Manouba. — A 17 h. 30, un thé préparé réunit les congressistes au magnifique Palais d'Erlanger, à la Manouba. Ce fut une réunion des plus intimes et des plus cordiales.

Troisieme Journée

Dès neuf heures de nombreux congressistes partent en caravane pour la visite de la Médina. De nombreuses femmes de nos confrères Tunisois les accompagnent. M. Revaut et ses collaborateurs les attendent dans leurs Musées et leur révèlent le charme de la ville orientale et la beauté des travaux des artisans tunisiens.

Cinquième séance de travail :

Si chargé que soit l'ordre du jour, il est régulièrement mené à son terme.

Les Drs Cuénod et Nataf exposent leur rapport sur « La Prophylaxie du Trachome en général et en Tunisie en particulier ».
Le Dr Pagès donne ensuite lecture des rapports du Dr Decourt (Maroc) et du Médecin-Capitaine Sakon.

Le Pr Toulant présente les rapports du Dr Trabut (Alger) sur « Le Fonctionnement de la Lutte contre le Trachome en Algérie » et « L'Histoire et la Géographie du Trachome en général, et en Algérie en particulier », puis il expose son très savant rapport sur « L'Etude Clinique du Trachome ».

Le reste de la séance est consacré à des communications variées et intéressantes. Prennent successivement la parole, les Drs Main et Poleff, Armengaud (de Cauterets), Mme Delanoë, le Pr Jayle, les Drs Sedan, Paul Durand, Ugo Lumbroso, Cecchetto, Jeannot, Noury, etc.

Déjeuner au Pavillon du Belvédère. — A 12 h. 30, notre très regretté ami le Dr Cassar, et Madame, reçoivent au Pavillon du Belvédère les membres du Comité Central de la Ligue Internationale contre le Péril Vénérien, qui avaient bien voulu honorer notre Congrès de leur présence, et quelques personnalités tunisoises. Le temps, devenu clair, permet cette fois de jouir pleinement du site qui encadre un déjeuner exquis.

A l'Institut Pasteur. — A 15 heures, de très nombreux ophtalmologistes se rendent à l'Institut Pasteur pour asister à une séance de démonstrations faites dans leur laboratoire par les Drs Cuénod et Nataf.

Puis a lieu l'inauguration d'une plaque commémorative apposée sur le mur et près de la porte du laboratoire où a travaillé, de 1905 à 1930, Charles Nicolle.

Au Centre de Prophylaxie Antivénérienne. — A 16 heures, dans la salle de conférence du Centre de Prophylaxie, le Pr Gougerot donne une très originale conférence sur « Le Secret professionnel en Syphiligraphie et Vénéorologie ». Les assistants visitent ensuite l'œuvre admirable que nous devons à notre regretté confrère, trop tôt disparu, le Dr Cassar.

Assemblée Générale de la Fédération des Sociétés Médicales de l'Afrique du Nord. — Elle a lieu à 17 h. 30, au Palais des Sociétés Françaises : le prochain lieu de réunion, en 1939, sera Oran; le sujet à l'étude, « Les Brucelloses ».

Enfin, à 18 heures, eut lieu la dernière conférence du Congrès. Le Dr Brun, directeur et chirurgien-chef de l'Hôpital Sadiki, traita le sujet suivant : « L'Hôpital Sadiki de 1902 à 1915 — L'œuvre et l'influence du Dr Brunswick-Le Bihan et de ses collaborateurs sur le milieu tunisien ».

Banquet de clôture. — Il a lieu à 20 heures, au Tunisia-Palace. Il termine dignement cette huitième réunion des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord. Les convives sont au nombre de 220, et toutes les sommités médicales du Congrès y assistent, à l'exception de M. le Pr Pende, qui s'était excusé pour raison de santé, et du Pr Jayle, rappelé à Marseille. Autour du Dr Burnet, président,

prennent place, le Général Mohamed Torki, représentant S. A. le Bey; le Représentant du Résident Général; le Colonel Saulnier, représentant le Général Commandant supérieur, Président de la Société des Sciences Médicales de Tunis; Le Dr Bailliart, Président de la Ligue contre le Trachome; les Prs Mouriquaud, Sénevet, Resdlob, Benhamou; les Drs Dubois (délégué Suisse), de Kaiser et Tant (délégués Belges); le Pr Andronesco (délégué Roumain); Gawaloski (délégué Tchécoslovaque). Les Consuls généraux de Belgique, d'Angleterre, d'Italie et la plupart des Hautes Personnalités de la Régence qui avaient pu répondre à notre invitation.

La chère est exquise, les vins excellents, l'atmosphère d'une cordialité magnétique. Au champagne, éclate le traditionnel et final feu d'artifice des discours, dont nous sommes heureux de conserver le texte (1).

Discours de M. le Pr Sénevet:

Mesdames, Messieurs,

Au milieu de la gaîté et de l'entrain dont nous ressentons tous les symptomes en ce moment, il nous vient par moment une légère sensation de tristesse. Et loin de s'atténuer avec la fin de ces agapes, elle a au contraire tendance à devenir plus accentuée.

Cette idée, qui vient ainsi mêler un peu de cendres amères aux sucreries du dessert, est celle de la dislocation prochaine de notre Congrès, celle de la fin d'une réunion qu'on eût souhaiter se voir prolonger indéfiniment.

Peut-être un tel souhait paraîtra-t-il indiscret à nos aimables hôtes qui se sont prodigués pour assurer notre confort et notre agrément, mais il constituera pour eux la récompense la plus directe de leurs efforts.

---

(1) Nous regrettons vivement de ne pouvoir donner le texte des allocutions improvisées du Docteur Bonjean, Directeur de l'Institut d'Hygiène de Rabat, et du Docteur Martiny; la première, marquée par un savoureux alliage d'humour et de sérieux; la seconde, en même temps d'une cordialité exquise et ailée comme un poëme.

Un tel souhait sera aussi pour ceux dont le tour va venir de prendre le flambeau et d'organiser à leur tour ces réunions annuelles de la Fédération, un avertissement qui les fera frémir. Comment devront-ils s'y prendre, je ne dis pas pour dépasser, cela serait impossible, mais pour se rapprocher d'un accueil aussi aimable, aussi parfait, de séances aussi intéressantes, d'un Congrès aussi réussi ? Question redoutable à laquelle je ne me chargerai pas de répondre.

Messieurs, nous emportons du Congrès de Tunis une impression inoubliable. Au nom de la Fédération, je lève mon verre à son dévoué président le Dr Burnet, à ses aides de tous les instants, les Drs Lamarche et Pérez, et j'associe à mes remerciements les vœux que je fais pour le prochain Congrès, celui d'Oran.

Discours de M. le Pr Mouriquand :

Je viens au nom des Facultés de Médecine apporter au Congrès et tout d'abord à son bureau, leur salut et leur remerciement.

Comment dire notre reconnaissance, pour l'accueil si chaleureux que nous avons reçu de vous, M. le Président E . Burnet, qui avez dominé ce Congrès de votre claire intelligence, compréhensive, douce, ferme et nuancée et tout votre cœur amical ; de vous, chers MM. Pérez et Lamarche qui furent les chevilles ouvrières de son organisation matérielle, si bien équilibrée qu'elle a résisté aux coups d'évènements tragiques, de tous ceux qui nous ont entourés et reçus. Quelle joie ce nous fut, de retrouver, dans leurs accueillants foyers, de vieux amis, rarement ou jamais revu depuis notre studieuse jeunesse. Grâce à eux, grâce à leurs charmantes épouses, nous avons connu autre chose que la banalité du hall d'hôtel, grâce à leur connaissance approfondie d'un pays, dont ils sont une des valeurs et un des ornements, ils nous ont ouvert des domaines intellectuels, moraux, esthétiques insoupçonnés de nous et jusqu'à l'âme même de leur chère Tunisie. Ils ont vivifié notre séjour.

On me permettra de souligner le rare privilège dont, nous Lyonnais, nous avons joui. Parce que Lyon est le siège de l'Ecole du Service de Santé militaire, partout dans les pays et même dans les bleds les plus lointains (et je pense à ceux du Maroc, d'Algérie,

de Syrie, et demain à vos territoires du Sud) nous retrouvons nos chers santards d'hier, lieutenant, capitaine, et même colonel, comme mon cher voisin de gauche : le médecin Lieutenant-Colonel Saunier, comme votre directeur Baur que nous verrons demain. Ils furent travailleurs, nous ne fûmes pas trop sévères, de ce contact universitaire une amitié, une estime profonde est née entre nous.

J'ai le mieux possible suivi les journées de ce beau congrès. C'est avec la plus rare des incompétences que je me suis approché, avec quelque crainte, de cette question du trachome.

Je l'ignorais presque, et en tout cas, je ne la savais pas si immense, si capitale.

Votre cher Président m'a appris qu'il y avait au monde cent millions de trachomateux, la plupart en marche vers la cécité. Quelle surprise douloureuse ! Quel remords de s'être attardé aux questions médicales de « luxe » qui apportent plus de plaisir à l'activité intellectuelle du médecin que de soulagement aux malades, à l'immense foule des malheureux, traqués, menacés dans leur vision. J'ai compris que ce trachome n'était pas un simple article de spécialité (d'ailleurs existe-t-il un simple article de spécialité sans rapport avec la bioclinique ?)

La pathologie générale joue pour lui comme pour toutes les infections, toutes les dystrophies. Les belles recherches issues de cet admirable Institut Pasteur de Tunis nous en révèle le germe, mais qui précisera le terrain favorable à son action pathogène ? La carence alimentaire, les avitaminoses jouent-elles un rôle prépondérant ? Que de travaux en vue !

Et quel espoir il y a, ici, de les voir aboutir dans ce centre d'activité, d'où, sous l'impulsion du grand, du génial Charles Nicolle ont irradié tant de lumières, que son successeur, ses élèves n'ont point laissées pâlir.

Je ne sais rien de plus émouvant que la simple cérémonie à laquelle nous a convié cette après-midi même notre cher Président : une plaque commémorative sur la petite pièce d'où sont parties tant d'idées

neuves et providentielles, la petite table blanche où ces recherches ont été menées à bien, sous l'impulsion de son génie.

Voilà de quoi mettre en nous beaucoup de fierté et de confiance dans l'esprit de l'homme, dans un temps où on pourrait douter de lui.

Nous avons trouvé dans ce milieu un climat intellectuel et moral qui se moque du climat météorologique, mais qui peut être activé par lui, quand le grand soleil africain vous verse sa magnifique lumière. Constatons qu'il en a été un peu avare pendant le temps du Congrès. Mais nous allons demain le chercher vers Tozeur, vers Gabès, vers Djerba.

Comment ne joueraient pas ici, magnifiquement, ces hormones et vitamines intellectuelles que tout nous dispense.

Merci à notre cher Président, au bureau, à tous nos amis et dames amies du Congrès, de nous avoir fait — et avec quel cœur ! — des dons spirituels aussi précieux, aussi durables.

Discours du Médecin lieutenant-colonel Saulnier :

M. le Représentant de M. le Résident Général,

M. le Représentant de Son Altesse le Bey,

M. le Président,

Mesdames, Messieurs,

Le Général Commandant Supérieur des Troupes de Tunisie empêché, m'a désigné pour le représenter, et vous exprimer tous ses regrets de ne pouvoir se trouver au milieu de nous pour cette manifestation.

Le Médecin-Colonel Baur, Directeur du Service de Santé des Troupes de Tunisie parti en mission, m'a également prié de le représenter et de l'excuser.

Au nom de la Société des Sciences Médicales de Tunis, j'ai le devoir de dire ici combien notre Société est heureuse et fière d'avoir

été choisie par la Fédération des Sociétés Médicales de l'Afrique du Nord pour accueillir le Congrès du Trachome.

Une voix plus autorisée que la mienne, celle de notre cher et vénéré Président, M. le Dr Burnet, décernera, dans un instant, aux remarquables travaux qui ont été produits à cette occasion, le tribut de louange sincère qu'ils méritent si largement.

Qu'il me soit cependant permis de souligner d'une manière toute particulière l'intérêt considérable qu'ont suscité les admirables conférences qu'ont bien voulu nous réserver des Maîtres réputés de la science médicale contemporaine : celle de M. le Pr Pende, si vivante, si originale, si riche d'aperçu féconds ; l'exposé si solidement étagé et si clair de M. le Pr Benhamou ; la remarquable, limpide et instructive leçon de M. le Pr Gougerot ; enfin, l'étincelante et passionnante conférence de M. le Pr Mouriquand, à propos de laquelle je manquerais vraiment à mon devoir d'ancien Lyonnais en ne soulignant pas à quel point elle m'a fait revivre ces séances où, maîtres et élèves se pressant à ses cours, se demandaient ce qu'il convenait d'admirer le plus, ou de la riche solidité de sa documentation, ou de son merveilleux talent d'exposition.

Au moment où se terminent ces trois mémorables journées du Congrès du Trachome, j'exprime, à tous les congressistes et à leurs familles, notre joie profonde d'avoir été appelés à les accueillir. Nous les remercions d'être venus en aussi grand nombre, malgré les multiples difficultés de l'heure. Et il nous est infiniment agréable de penser que, désormais, le nom de Tunis, patrie d'un Charles Nicolle et *d'un Cuénod,* aux travaux desquels le Congrès, à maintes reprises a voulu rendre hommage, sera intimement lié à l'histoire de la lutte contre l'un des plus redoutables fléaux de l'humanité.

Discours de M. le Dr Bailliart :

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Jamais je n'ai ressenti autant qu'en ce moment le vide qu'a laissé la disparition de M. Morax. C'est lui qui devait être ici, lui qui devait

prendre la parole, vous apporter ses encouragements et ses remerciements. Il aurait applaudi à l'idée de ce Congrès, il se serait réjoui du choix des rapports et des rapporteurs, il se serait félicité des progrès qui vont naître de ces nouveaux travaux. Au moins pouvons-nous dire que ni V. Morax, ni Ch. Nicolle n'ont été, un instant, oubliés au cours de ces journées.

Il est certain, comme le disait le Pr Toulant, que ce Congrès est une innovation; sans doute l'Organisation Internationale contre le Trachome, que préside Mc Callan, prépare de loin en loin des réunions, où toutes les questions importantes ou d'actualité sont traitées; la Ligue contre le Trachome a chaque année, à Paris, au moins une séance de rapports et de discussions; mais c'est la première fois, je crois, que des ophtalmologistes, qualifiés par leur pratique et leurs travaux scientifiques, se sont réunis pour envisager, dans la zône où ils exercent, tous les aspects du trachome. En sorte qu'en réunissant tout ce qui a été dit au cours de ces journées, on trouve, en résumé, la *Somme* actuelle du trachome.

Il fallait que cet effort fût fait dans ce pays, terre d'élection du trachome; il fallait que fût, une fois de plus, attirée l'attention des médecins et de ceux qui ont la charge de la défense de la santé publique, sur une maladie si répandue, si grave et jusqu'à un certain point évitable. Ne surprendrai-je pas quelques médecins présents ce soir en leur disant que l'enfant né d'une mère trachomateuse et nourri par elle est, par d'autres voies il est vrai, presque aussi fatalement voué au trachome, qu'à la syphilis l'enfant né d'une mère syphilitique ?

Nous ne saurions trop remercier notre éminent Président, le Pr Burnet, de l'intérêt qu'il a porté à nos travaux; placés sous sa direction, couvertes de l'autorité qui s'attache si justement à sa personne, ces journées, dont il avait choisi le sujet, étaient sûres de connaître le succès; sans cesse présent parmi nous, guide et animateur précieux, il a été l'âme de ce Congrès. Au nom de la Ligue contre le Trachome, je l'assure de notre reconnaissance, et je lui dis aussi notre admiration pour le magnifique exemple de courage, physique et moral, qu'il nous a récemment donné.

Qu'il me soit permis encore de remercier tous ceux qui, à des

titres divers, ont participé à l'organisation matérielle de ce Congrès. Je nommerai particulièrement notre précieux secrétaire général, le Dr Lamarche, et notre infatigable trésorier, le Dr Pérez. Nous remercions aussi nos confrères Tunisiens qui nous ont ouvert leurs cliniques et leurs services hospitaliers et nous ont fait bénéficier de leur si grande expérience. Luttant chaque jour contre le trachome, ils en connaissent les différents aspects; ils sentent, j'en suis sûr, qu'au-dessus du côté professionnel, il y a le côté social et scientifique de la lutte. Il faut que Tunis, d'où sont déjà partis tant de magnifiques travaux, reste, comme le Caire, un des centres les mieux organisés pour la recherche et les applications sociales. Puis-je, à ce point de vue, prier M. le Représentant de M. le Résident Général, de vouloir bien lui transmettre avec nos remereiements pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos travaux et l'hommage de nos sentiments respectueux, l'espoir que, sous sa direction particulièrement qualifiée, la lutte sera continuée et intensifiée ?

Tout ce que nous avons vu et tout ce que nous avons admiré ici, le charme de votre accueil, la beauté de ce pays, nous le dirons à nos confrères de France; mais, de leur part, il me semble aussi que j'ai quelque chose à vous dire, à vous qui, loin de la France, élevés dans la culture française, tournez vos regards vers elle et quelquefois vous étonnez.

La région que j'habite est l'Ile-de-France; elle est au centre de ma patrie; on croirait qu'elle en est devenue l'âme; tous les défauts et toutes les qualités de la race s'y sont réunis, en quelque sorte amalgamés. Le sol y est plus fertile, le climat plus tempéré, la mélancolie des soleils couchants plus émouvante, qu'ailleurs. Et cependant ce pays si beau, si radieux, généralement si tranquille, connaît parfois de terribles orages. Ceux qui savent observer les devinent avant qu'ils n'arrivent: de gros nuages gris, puis noirs, paraissent à l'horizon, ils se réunissent, le ciel s'obscurcit, l'atmosphère devient trouble, les oiseaux cessent de chanter dans les arbres, les animaux prennent peur et quelquefois les hommes; le berger rentre en hâte ses troupeaux, et le laboureur son attelage. Et tout d'un coup, la tempête s'élève; elle paraît venir plus du sol que des hautes sphères. Alors de grands arbres, de grands arbres qu'on croyait éternels parce qu'on les avait toujours vus, craquent et tombent, en entraînant

d'autres dans leur chute. Et l'homme qui ne sait pas ou ne se rappelle pas, au milieu de cette nuit et de ces bruits sinistres, s'inquiète pour ses biens, pour ses enfants, pour lui-même. Anxieux, il se demande de quoi demain sera fait... Et le lendemain, le soleil se lève plus radieux, la terre est plus féconde, le laboureur retourne à son champ; la récolte sera belle.

En vérité, je me demande pourquoi, voulant vous parler de la France, je vous ai parlé de ses orages; alors que je voulais tout simplement dire à ceux d'entre vous qui lui ont gardé leur confiance, leur estime ou leur amour, que la France est toujours digne de cette confiance, de cet estime, de cet amour.

Discours de M. le Pr Du Bois (de Genève):

M. le Représentant de S. A. le Bey,

M. le Représentant de S. E. le Résident Général de France,

M. le Président du Congrès,

Mesdames, Messieurs,

Ancien élève de Ch. Nicolle à l'Institut Pasteur de Paris en 1901, j'avais, depuis cette lointaine époque, caresser le beau rêve de venir un jour rendre visite au Maître dans son Institut de Tunis. Les circonstances ne l'ont pas permis. Aujourd'hui, grâce au Congrès de Médecine, il m'est possible de dire à son illustre successeur toute l'admiration et la reconnaissance qu'ont pour lui et son prédécesseur les savants du monde entier.

Il m'est très agréable de remercier le Congrès de Tunis et son distingué Président d'avoir eu l'aimable idée d'inviter l'Union Internationale contre le Péril vénérien à participer à votre réunion. Nous sommes ici un certain nombre de membres de cette Union Internationale dont l'assemblée générale annuelle se tiendra à Alger les 21 et 22 avril, nous avons profité de cette invitation non seule-

ment pour visiter la Tunisie, mais surtout pour faire connaissance avec l'organisation modèle de lutte antivénérienne que réalise le Dispensaire antivénérien de Tunis sous la haute direction du Dr Cassar. Nous avons pu nous rendre compte de l'énorme effort qu'il a fallu fournir pour arriver à un tel résultat et nous félicitons vivement notre confrère pour tout ce qu'il a fait dans ce domaine.

Messieurs les congressistes, vous vous occupez du « trachome », l'une des rares maladies humaines que les syphiligraphes n'ont pas encore englobée dans le vaste domaine de l'infection tréponémique. Vos travaux contribueront certainement à éclairer une pathogénie qui doit enrayer l'extension de cette plaie qui ravage les tropiques. Vous avez beaucoup travaillé et le monde médical, comme les pauvres trachomateux, vous seront reconnaissants de tout ce que vous avez fait. Quant aux tribulations de M. le Dr Mouriquand sur votre assiduité aux séances, je puis le rassurer, ce sont les délégués de l'Union Internationale qu'il a vus dans des autocars pendant les heures de travail.

Au nom des savants étrangers qui ont eu le privilège d'assister à ce Congrès, je vous remercie de votre si chaleureux accueil et vous félicite pour la réussite de cette belle réunion. En adressant à votre cher et distingué Président l'expression d'une reconnaissance toute particulière, je lève mon verre à la santé de la Fédération des Société des Sciences médicales de l'Afrique du Nord.

M. Huguet, Président de la Chambre Syndicale des Pharmaciens de la Seine, s'exprime en ces termes au nom de tous les pharmaciens :

Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,

Monsieur le Résident Général,

Monsieur le Président,

Mesdames,

Messieurs,

Au nom de tout le Corps Pharmaceutique de l'Afrique du Nord et de la Métropole, j'ai l'agréable mission de remercier ceux qui

ont contribué au magnifique succès du Congrès des Sciences Médicales de Tunis.

Je tiens tout d'abord à remercier M. le Résident Général qui a bien voulu, malgré les soucis de sa charge, venir présider la séance inaugurale et s'intéresser aux travaux de ce Congrès.

Je remercie l'éminent Docteur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, Président du Congrès, auquel il a contribué à donner un haut caractère scientifique. M. le Docteur Burnet apprécie justement la collaboration du Corps Pharmaceutique, l'Institut Pasteur est ouvert à nos confrères et ils y reçoivent le même accueil bienveillant que les représentants du Corps Médical, je n'en veux pour preuve que le poste de chef de laboratoire attribué à notre jeune confrère Roger Durand.

Je tiens à rendre hommage à MM. les Docteurs Lamarche, Pérez, Tremsal, à M. le Docteur Bouquet, Inspecteur de Pharmacies qui ont assumé la réalisation matérielle de ce Congrès, qui ont su faire alterner aux grandes séances de travail les distractions et les réceptions où nous avons pu prendre plus intimement contact avec nos confrères de l'Afrique du Nord.

C'est vers ceux-ci que je me tourne maintenant.

Je tiens à leur dire à nouveau toute la gratitude des pharmaciens de la Métropole et de l'Algérie qu'ils ont accueillis avec un cœur, une amitié qui nous ont profondément émus. A Durand, Président de votre Association, à Jarmon, à Diacono, à vous tous, mes chers Amis, encore une fois merci !

Merci de nous avoir permis d'étudier et d'apprécier ce que vous avez fait pour notre profession, pour la Santé Publique, pour la Science.

Les travaux des Bouquet, des Diacono, ont contribué à augmenter non seulement le bagage scientifique de la Régence, mais aussi celui de la France, où leurs travaux sont connus et appréciés. Nous savons que beaucoup d'entre vous font partie de la Société des Sciences Médicales et Scientifiques et que par vos observations, par

vos recherches, vous luttez pour faire reculer les fléaux qui menacent le plus précieux de tous les biens : la vie humaine.

On dit que de l'Orient vient la lumière, mais je crois que l'on peut dire aussi de la Tunisie vient la sagesse. La plus belle des preuves n'en est-elle point dans cette organisation de la pharmacie dans la Régence, le pays protégé a montré le chemin au pays protecteur et combien regrettons-nous qu'il ne soit pas encore possible de faire bénéficier la Santé Publique et nos confrères de France de ce décret du 16 mars 1936, le décret a été pris après une étude approfondie des régimes pharmaceutiques du monde entier, il en est l'harmonieuse et logique synthèse. Peut-être comme toute œuvre humaine est-il encore perfectible. Mais je suis sûr, Monsieur le Résident Général, que vous porterez toute votre attention sur les vœux qui ont été émis à la séance du Congrès de Pharmacie, vœux qui ont, d'ailleurs, reçu hier, l'assentiment de M. le Directeur de la Santé Publique. Mes confrères veulent espérer que la Commission de Pharmacie méritera plus justement son nom et que le Corps Pharmaceutique y sera représenté en majorité et qu'un Inspecteur adjoint permettra de veiller à la stricte application des tarifs.

Je ne voudrais pas, Mesdames et Messieurs, retenir votre attention plus longuement (surtout après les éminents orateurs qui m'ont précédé), mais permettez-moi cependant de vous dire la leçon que nous avons tiré de votre mission en Tunisie.

Nous avons été frappés de l'union qui régnait entre tous les pharmaciens de Tunisie, quel que soit eur diplôme, quelle que soit leur nationalité. Ceci nous prouve qu'il n'y a point de doctrine pour la science, que celle-ci sait s'élever au-dessus des mesquines rivalités humaines.

Ceci nous montre que les édiles auxquelles le Corps Pharmaceutique est fier d'appartenir, se tendent les mains, et que par elles une paix profonde régnera sur le monde.

Je lève mon verre, Mesdames et Messieurs, à cette union des esprits et des cœurs.

Discours de M. le Docteur Burnet :

M. lé Représentant de M. le Résident Général,

Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,

Mesdames, Messieurs,

Mes Chers Collègues,

Le Congrès, ouvert par M. le Résident Général, s'achève sous ses auspices. Je remercie ceux qui ont contribué à l'organiser et à le mener à bonne fin : d'abord nos rapporteurs, nos conférenciers et leur public fidèle et attentif. Je renouvelle nos remerciements aux délégations venues des autres pays. J'exprime encore une fois nos remerciements à la Municipalité de Tunis.

Je remercie Mme la Baronne d'Erlanger d'avoir mis à la disposition du Congrès son palais de La Manouba. Nous avons volontairement renoncé aux fêtes que nous y avions préparées ; nous y avons eu une réunion entre nous. Hier, le charme de Sidi Bou Saïd et de La Manouba a opéré sur les congressistes.

A cause de la suppression des fêtes du soir, ils ne peuvent avoir une idée de ce qu'avait fait pour nous, pour inonder de lumière l'avenue de cyprès, les abords du jardin et les salles du palais, la Compagnie des Tramways de Tunis, en la personne de son distingué directeur M. Ménétrier. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

M. Lassau, Directeur de l'O.T.U.S., a fait présent aux congressistes des brochures illustrées qui leur ont apporté une esquisse et des images de la Tunisie et qui resteront entre leurs mains pendant les excursions touristiques.

M. le Dr Gérard, l'organisateur des premières Journées Médicales de Tunis, que personne n'a oubliées, nous a fait profiter des ressources de la Fédération des Syndicats d'Initiative. M. Hignard a été, selon sa coutume, non seulement le très compétent directeur d'une agence avenante, mais la providence qui arrange les grandes et surtout les petites difficultés.

Nous avons désiré que l'insigne du Congrès puisse être conservé comme un souvenir. Vous n'oublierez pas le nom et la date qu'il était difficile d'y graver : Tunis 1938. Cette Dèmèter de style grec, ce cheval symbolique, c'est Carthage. Nous les avons pris sur deux monnaies des collections de M. Fatter et du Commandant Cosson et M. Fatter a bien voulu en permettre et même en assurer la reproduction.

Je remercie M. Bréchot d'avoir reçu les congressistes au Musée du Bardo, M. Revault de les avoir reçus dans la ville arabe, le R. P. Lapeyre de les avoir reçus au Musée Lavigerie. Je remercie notre confrère le Dr Gobert d'avoir été pour nous un compagnon aimable en même temps qu'un guide savant, précis et entraînant.

Pour l'organisation du Congrès, le Bureau a été puissamment aidé par plusieurs Commissions où se sont enrôlés de nombreux confrères. Plusieurs avaient travaillé à la préparation des précédents Congrès et nous ont apporté leur expérience. Nos confrères musulmans avaient travaillé de tout leur cœur à la préparation de la fête orientale ; cette peine n'est pas perdue, il reste le souvenir d'un projet fabuleux et une cordiale gratitude. J'exprime les mêmes remerciements et le même regret au Comité des dames qui ont apporté leur sensibilité, leur goût et leur dévouement à la préparation des excursions et des deux fêtes.

Chacun sait que les deux piliers, en style africain les deux Atlas du Congrès, sont le Secrétaire Général et le Trésorier. C'est en connaissance de cause que je vous proopse d'offrir une gerbe de remerciements au Dr Lamarche et au Dr Pérez. Personnellement, je remercie d'une façon particulière le Dr Pérez, qui pendant des semaines et des mois, pour les premiers préparatifs comme pour le dernier coup de feu, a pris sur lui le gros du travail, et qui est resté optimiste et souriant même aux moments les plus pénibles. Je pense que ses secrétaires n'ont pas chômé et je les remercie. Je désire enfin remercier, en même temps que le Dr Pérez, sa discrète et constante collaboratrice, Madame Pérez.

Je remercie le service d'ordre, les agents de toutes sortes, soldats, gendarmes, gardiens de la paix, qui ont été les gardiens de notre

confort, à un moment où d'autre part un si grand effort leur était imposé par les évènements.

Je remercie la Presse, française, italienne et tunisienne, dont les représentants sont des amis ; la Presse diligente et aimable, qui a renseigné tous les jours sur le Congrès, non seulement le public, mais les congressistes eux-mêmes.

Les travaux et les loisirs du Congrès ne prennent pas fin avec ce banquet, puisqu'un grand nombre d'entre vous partiront demain pour voir ou revoir notre Tunisie, et qu'ils trouveront dans le Sud une démonstration clinique sur le trachome, due à l'initiative de M. le Dr Bailliart, et préparée avec empressement par M. le Directeur de l'Assistance et de la Santé publiques et ses collaborateurs immédiats ou lointains.

Notre Congrès laisse des résultats utiles. Vous avez fourni sur le trachome un ensemble complet, synthétique, qui a le grand avantage d'avoir été écrit, non par des érudits de bibliothèque, mais par des médecins spécialisés qui puisent leur savoir dans leur expérience personnelle. Vous avez eu en vue la pratique, le diagnostic, le traitement et la prophylaxie, et défini pour l'administration de la santé publique les bases d'une action préventive. Vous avez pour ainsi dire mis en équation le problème de l'étiologie, et excité le zèle de nouveaux chercheurs qui sentent maintenant que les recherches sur les corps rickettsoïdes ne sont pas illusoires.

La continuité de vos travaux est assurée. En ce qui concerne ces Congrès médicaux de l'Afrique du Nord, l'organisation de la prochaine réunion est confiée à la Société des Sciences médicales d'Oran. En ce qui concerne le trachome, le flambeau que vous teniez, vous le remettrez aux mains du Dr Bailliart, comme Président de la Ligue Internationale contre le Trachome. Pour l'expérience et le savoir accumulés, pour le talent de praticien, pour le caractère qui est une grande force chez le savant, vous le reconnaissez comme le maître par qui la place de Morax est maintenant remplie. Comme Morax il restera tout naturellement pour le Gouvernement tunisien, en matière de trachome, un conseiller et un arbitre.

Ne vous rappeliez-vous pas, au cours de nos séances, le rôle im-

portant de l'œil dans les recherches expérimentales. En vérité, l'œil a été à la peine et mérite d'être à l'honneur. Que d'expériences auraient été imposibles à exécuter sans la cornée et la chambre antérieure. Combien de chapitres de la microbiologie en ont profité.

Baumgarten reproduit la tuberculose par inoculation dans l'œil. R. Koch fait les premières cultures du Bacille de charbon dans l'humeur aqueuse des bovidés. L'inoculation de la vaccine sur scarifications de la cornée amène la découverte des corps de Guarnieri. Hœnsel et surtout Bertarelli reproduisent des lésions syphilitiques dans la cornée et la chambre antérieure de l'œil du lapin, et l'on sait quel usage a été fait, chez les singes, des paupières et des sourcils. La rage a été inoculée sur la cornée et dans l'œil. La cornée a servi aux recherches sur l'herpès, je rappelle entre autres celles de notre collègue et ami Georges Blanc, de l'Institut Pasteur de Casablanca.Nous arrivons enfin à l'inoculation des Rickettsias de la fièvre fluviale japonaise, qui est de la même famille des typhus dans l'œil du lapin, dont j'ai vu les premières préparations en 1930 à Tokio, au laboratoire de Nagayo. Nous voici ramenés au trachome, qui n'a pas besoin de faire un détour pour venir se poser sur l'œil. Il n'est que trop facile de l'y inoculer. Avec lui, le succès consisterait plutôt à l'en détourner, et à l'amener à se poser sur quelque autre région de la peau et des muqueuses. Il suffit de cette énumération, pour montrer que le trachome n'est pas une maladie à part, malgré sa physionomie propre, et qu'il est entré dans la pathologie générale et expérimentale.

Messieurs, mes chers confrères, j'ai déjà vu beaucoup de Congrès, et je ne sais si aucun m'a causé autant de joie que celui-ci. Parce que j'en ai été le Président, me direz-vous. C'est bien possible, toute vanité à part, car le Président est au centre de tout, se sent proche de tous, et s'il donne de la sympathie, il en reçoit plus qu'il ne peut en donner. J'apprécie les congrès nationaux, j'aime davantage ceux où se réunissent des confrères de diverses nations, surtout lorsqu'on les trouve au bout d'un voyage que l'on a désiré pour l'une ou de ces deux raisons également séduisantes : faire connaissance avec un pays ou revoir un pays que l'on a déjà vu. Le léger dépaysement que l'on sent toujours dans un pays étranger, même déjà connu,

agit comme une « sensibilisatrice »; les contacts personnels qui sont l'attrait et le profit des congrès, sont plus vifs; on est plus ouvert aux leçons qu'il faut toujours être disposé à recevoir dans la vie. Les huit années pendant lesquelles j'ai travaillé à la Section d'hygiène de la Société des Nations m'ont acquis une longue pratique des réunions scientifiques internationales, organisées avec des moyens et une technique que seule cette institution possède. C'est de là que j'ai eu la bonne fortune de connaître le monde. En particulier, c'est de là que j'ai visité les pays d'où vous venez. C'est pourquoi une réunion comme celle-ci est pour moi si vivante dans le moment présent et réveille tant de souvenirs.

C'est chez nos amis, j'aime encore mieux dire, chez nos frères belges, qu'est née l'idée des journées médicales. L'idée a fait du chemin. Les célèbres Journées médicales de Bruxelles ont des rejetons partout; parmi les premiers furent ceux de Casablanca-Rabat et de Tunis. J'y ai participé, j'ai eu l'honneur d'y prononcer une fois le discours d'usage. La technique d'organisation des séances de travail et de loisirs est arrivée à un degré de perfection qu'on ne saurait imaginer. Quelque chose manquerait à la civilisation européenne si les Journées médicales de Bruxelles cessaient d'exister. On y jouit de l'étonnement que ce petit pays soit économiquement et intellectuellement si grand.

Le médecin, l'hygiéniste, le savant de laboratoire trouvent en Hollande un niveau de civilisation et en particulier un génie d'organisation, qui ont pu être égalés, mais qui certainement n'ont été dépassé nulle part. La vie des universités et des laboratoires y est intense. M. le Pr Mouriquand sait mieux que moi la valeur des travaux sur les vitamines sortis des laboratoires hollandais, y compris ceux de Batavia, à Java. L'organisation et l'administration de l'hygiène, chaque fois que j'ai pris contact avec elles, m'ont frappé de plus en plus par leur simplicité. Il me semble que c'est là que j'ai vu le maximum de résultats obtenus avec un excellent outillage général, et un minimum de créations particulières ou spéciales. La Hollande est aussi le pays où la langue française est le plus et le mieux parlée de nos collègues.

Que dire de la Grande-Bretagne, de la vraiment grande Angle-

terre, dont un éminent représentant a passé parmi nous pour se rendre à la réunion du Comité de l'Union internationale contre le péril vénérien, à Alger ? A notre point de vue, elle « présente à considérer » (comme disait le vieux traité d'anatomie de Testut) des formes extrêmement originales : ses hôpitaux-écoles, ses institutions de reherches, qui sont de très grandes, très dignes et très puissantes personnes, à soi-même appartenantes et qui (je crois que ce n'est pas exagéré) traitent avec l'Etat de pussance à puissance ; d'autre part, son organisation d'hygiène, et la structure de ce Ministry of Health, articulé avec tant de souplesse entre le pouvoir central, l'Etat, et les pouvoirs locaux. J'engage mes confrères curieux de constater les dimensions que peut atteindre une institution municipale à « considérer » l'anatomie et la physionomie du London County Council.

Cher Pr Andronesco, je ne parlerai pas de votre Roumanie, parce que je n'y suis malheureusement pas allé ; ne la connaissant que par des amis tels que notre cher et regretté Cantacuzène, Ciuca, Jonnesco, vous-même, je suis porté à la voir très belle, comme on dit que sont les femmes roumaines. Donnons-nous rendez-vous, aux prochaines Journées médicales de Bucarest, ou à la 1re réunion de la Fédération des Sociétés des sciences médicales de la Mer Noire.

La Suisse, c'est un petit pays de 4 millions d'habitants qui, il y a quelques années, dépensait 20 millions de francs-or pour la lutte contre la tuberculose, dont 4 millions de l'Etat. On peut apprendre beaucoup d'un plus petit que soit.

Mon dernier voyage en Italie remonte déjà à six ans. J'ai beaucoup été en Italie. Vous savez que tout sentiment que l'on peut éprouver pour elle contient de l'amour, et que l'amour est une passion violente.

En 1932, j'y ai étudié le fonctionnement de la nouvelle législation contre la tuberculose ; j'ai vu édifier le grand Institut Mussolini, que dirige le Pr Morelli. A mon prochain voyage je visiterai l'Institut de Biotypologie du Pr Pende. D'autre part, j'ai visité les Marais Pontins, — une œuvre gigantesque, qui n'a cessé de se développer depuis que je l'ai vue déjà grandiose. L'Italie est restée un pays où, en frappant du pied la terre, un chef en fait sortir des légions.

Je reviens du Congrès international de la Lèpre du Caire, où je suis allé et d'où je suis revenu par la route, traversant deux fois la Libye italienne. J'aurais pu en ramener pour notre Congrès nos collègues les Drs Tripodi et Casati. Messieurs, c'est une grande et belle route à ajouter aux routes historiques du monde, les voies romaines des Gaules, l'antique via Equatia qui allait de l'Adriatique à Constantinople, la route de Carthage à Tebessa. Si vous êtes désireux de voir ce qu'une volonté servie par une technique peut réaliser en peu de temps sur les vestiges d'une civilisation gréco-latine, rappelant la vie sur des terres endormies, je vous recommande ce voyage.

La juste admiration que nous avons pour cette route de l'Est, ne nous détourne pas de nos routes de l'Ouest : elles nous conduisent d'abord chez vous, amis d'Algérie, nos anciens, qui comme Français de l'Afrique du Nord, avez déjà célébré un centenaire ; vous êtes le pays de Bugeaud et du fameux soldat-laboureur ; en médecine le pays de Maillot et de Laveran ; le pays des caïds magnifiques dans leurs manteaux de pourpre. La porte de votre maison donne sur la mer ; en France, on peut l'appeler la porte d'en face ; et la cour s'ouvre sur des étendues infinies qui vont jusqu'au cœur de l'Afrique. L'an dernier, au banquet d'Alger, dans un moment de fierté pour vous, je vous disais que la civilisation latine, qui était sortie de l'Afrique du Nord par Carthage détruite, y était rentrée par Alger.

Ensuite la route pénètre au Maroc. Ce qu'elle avait fait en Algérie, la France l'a recommencé au Maroc, mieux, plus vite, avec une technique perfectionnée. Un homme s'est rencontré, — comme dit Bossuet — qui en moins d'une génération, a transfiguré un empire, sans le défigurer ; et, chrétien et Français jusqu'au bout des ongles, séduit les Musulmans parce que sincèrement il les respectait et les aimait. L'histoire de Lyautey au Maroc, n'est-ce pas celle de Bonaparte en Egypte, — mais mieux réussie ? Vingt ans après lui, l'esprit d'équipe qu'il a insufflé à ses collaborateurs subsiste, surtout parmi les médecins, qui pour la conquête pacifique, lui ont servi de troupes de choc. Vous le savez mieux que personne, mon cher Bonjean, et vous direz à nos amis du Moghreb, à Gaud, à Blanc et aux autres, que pour le progrès de l'Afrique du Nord et le renom de la France, nous faisons tous équipe ensemble, le Maroc, Alger et Tunis.

Cette route de 7.000 kilomètres, de la Mer Rouge à l'Atlantique, me fait rêver d'une Fédération des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord qui embrasserait l'Egypte, la Lybie et l'Afrique du Nord française, en attendant, peut-être, la Fédération médicale pan-méditerranéenne ce rêve d'un homme d'action notre sénateur Honnorat, lorsqu'il a créé le Congrès d'hygiène méditerranéenne.

Dans le voyage, désormais facile, de Port-Saïd à Agadir, on observe l'effort d'hygiène qui se manifeste partout parce qu'il est partout nécessaire, on voit partout écrit sur la terre que la condition du développement humain, le secret du progrès, le talisman des Gouvernements, dans ce pays qui est sans doute en train de se chercher une civilisation synthétique, c'est la médecine, au sens le plus large du mot. Le pays privilégié, ce n'est pas celui où le roi est philosophe, ou bien le philosophe roi, selon le mot de Platon ; c'est plutôt un Protectorat idéal, où le Résident Général serait médecin, ou un médecin (ou hygiéniste), Résident Général.

Mes chers confrères de France et d'Europe, partez pour vos excursions ; qu'elles soient encore des études, soyez un peu le Congrès en voyage. Regardez les orangeries d'Hammamet et de Nabeul, la plaine mystique de Kairouan, les oliviers du Sahel de Sousse et du Sahel de Sfax, Djerba, les oasis du Sud. Faites aussi un pélerinage en Algérie et au Maroc. Connaissez et aimez notre Afrique du Nord comme nous l'aimons, comme une image de notre pays dans le miroir de la Méditerranée : c'est une bonne manière de servir la France. Mais visitez aussi la Tripolitaine et la Cyrénaïque, c'est-à-dire la Lybie, visitez l'Egypte. Vous aurez une idée complète de l'Afrique du Nord. Ce n'est pas une mauvaise manière de servir la science médicale, et c'est une bonne manière de servir la Paix.

A KORBOUS

Les congressistes médicaux, conviés par la Cie de Korbous, plus de cent médecins participant au Congrès du Trachome se sont rendus à Korbous où ils ont reçu un accueil plein de charme de Mme et M. Maillet, administrateur délégué-directeur. M. d'Orgeval, administrateur, Mme et M. le Docteur Tremsal, médecin de la station.

Le repas fut remarquable, grâce aux soins aimables et diligents de M. De Lacroix, directeur de l'Hôtel des Thermes.

Au dessert, M. Maillet, avec sa bonne grâce habituelle et sa haute compétence, adressa ses souhaits de bienvenue et ses remerciements aux congressistes, venus si nombreux, et leur exposa l'historique de la station et l'œuvre poursuivie à Korbous.

Il rendit hommage à la mémoire de son beau-père, M. Lecore-Carpentier, créateur de la Korbous moderne.

Le Docteur Tremsal, le savant et expérimenté médecin de la station, évoqua les vertus des eaux et les traitements pratiqués à la station. Ce fut ensuite le tour du Professeur Andronesco qui, avec humour, évoqua quelques traits de sa longue expérience médicale.

Le Docteur Burnet, Président du Congrès, en termes choisis, remercia les organisateurs de cette manifestation et évoqua les propriétés des eaux thermales, agent remarquable de la physico-chimie moderne.

Enfin, M. le Médecin général Epaulard et M. le Professeur Redslob se félicitèrent de visiter la station de Korbous et promirent d'en répandre le culte dans leur rayon d'action respectif, Alger et Strasbourg.

Signalons, parmi les personnalités présentes : M. le Dr Dupoux, M. le Médecin-colonel Saulnier, M. le Dr Bailliart, les Drs Schœbelé, Gobert, Mazère, Le Faucheur, Pagès ; MM. les pharmaciens Huguet, Lenoir, Leroy, Chares Casanova, Joseph Luciani, Dutard, etc.

La visite des différents services de la station s'effectua par petits groupes sympathiques, sous un gai soleil qui mettait en valeur notre coquette station tunisienne.

A l'issue de la visite, les personnalités du thermalisme présentes se sont réunies pour la première fois à Korbous sous la présidence du Dr Perpère, Président de la Société d'Hydrologie de France.

Etaient présents ou représentés, M. le Professeur Benhamou, de la Faculté d'Alger, les Docteurs Maurice Uzan, de Vals, Lévy-Darras, d'Evian, Tremsal, de Korbous, qui ont posé les bases d'une Société d'Hydrologie en Tunisie.

LISTE

DES DOCTEURS PRÉSENTS A KORBOUS

Docteur TRIOLO,
» CAMPANIOLO Andréa,
» CALAMIDA A. et Mlle,
» G. LUMBROSO et Mme,
» SPEZZAFUMO et Mme,
» CALAMIDA F. et Mme,
» CARTA et Mme,
» Aldo CALO et Mlle,
Médecin Colonel SAULNIER et Mme,
» Général EPAULARD et Mme,
Docteur GOBERT et Mme,
» E. LÉVY,
» ANDRONESCO (Bucarest),
» MARBAIX (de Tournai),
» BOCCA et Mme (Saint-Etienne),
» FELLOUS et Mme,
» SCHNŒBELE, de Plombières et Mme,
Mlle SCHNŒBELE, de Plombières,
» BONAN et Mme,
» GIAMI et Mme, de Paris,
» MAZÈRES,
» ESTIBOTTE, M. et Mme ESTIBOTTE, père et mère, de Toulouse,
» ROLLIN et Mme, de Souk-El-Khemis,
» LEFAUCHEUR et Mme,
» BELFORT, Mme et enfant,
Capitaine TANGUY et Mme,
Professeur REDSLOB et Mme, de Strasbourg,
Docteur BAILLIART, Mme et Mlle, de Paris,
Mme NATAF,
Docteur PAGÈS, du Maroc,
» MERCANTON, de Suisse,

» Dommer, de Suisse,
» Cuénod et Mme,
» Uzan et Mme, de Vals-les-Bains,
Professeur Benhamou et Mme, d'Alger,
Docteur Perpère, Président de la Société d'Hydrologie,
Mlle Moro, Pharmacienne, avec M. et Mme Moro,
Docteur Leblanc et Mme, de Tournai (Belgique),
» Etienne Burnet et Mme,
Mlle Ben Cheikh,
M. Pâul Tremsal,
Mme Jean Tremsal,
Docteur Pérez Albert.

PHARMACIENS PRÉSENTS A KORBOUS

MM. Cuisine et Mme, d'Asnières,
Huguet, de Paris,
Lenoir, Président du Syndicat d'Asnières, Docteur en Pharm.
Petitjean et Mme,
Penne,
Chardin,
Zévaco,
Boulay et Mme,
Leroy et Mme, Président du Syndicat des Pharmaciens, du Pas-de-Calais,
Mlle Leroy,
Paul Jarmon et Mme,
Charles Casanova, Président du Syndicat Pharmaceutique de Tunisie,
Tercinod et Mme,
Durand et Mme, Président de l'Association Générale des Pharmaciens de Tunisie,
Mme Marcaillou d'Aumeric,
Joseph Luciani, Vice-Président du Syndicat Pharmaceutique de Tunis,

Visite de la Station de Korbous

Allocution de M. Ch. Maillet, Administrateur-Délégué, Directeur de la Cie concesionnaire :

Mesdames,

Messieurs,

Au nom de la Compagnie des Eaux Thermales et du Domaine de Korbous, nous avons l'honneur et le plaisir de vous souhaiter la plus cordiale bienvenue.

Nous sommes heureux et fiers d'accueillir les représentants les plus éminents du Corps Médical réunis à Tunis à l'occasion du Congrès de Médecine, et nous voulons espérer que la visite de Korbous vous laissera le souvenir d'une réalisation qui, pour n'être pas encore terminée, n'en représente pas moins une œuvre considérable.

Certes, si le Congrès de Médecine s'était réuni trente ans plus tôt, la visite de Korbous, l'ancienne station thermale de Carthage, n'eût pas manqué de pittoresque, à défaut de confort.

Sachez, en effet, qu'il y a trente-cinq ans au plus, rien ici n'existait, que de misérables masures effondrées, groupées autour des sources dont le débit se perdait en mer.

Cependant, des Arabes y venaient se soigner, ayant une foi profonde dans la vertu bienfaisante des eaux : conviction basée aussi bien sur la tradition que sur la réelle efficacité du traitement.

Car les eaux thermales de Korbous étaient connues, même du temps de la colonisation punique ; par la suite, les Romains y avaient édifié des thermes somptueux, dont on relève chaque jour des vestiges.

Les musulmans ne paraissent avoir utilisé cette station qu'à dater

de 1850, se contentant de réparer sommairement quelques piscines et les travaux de captage.

C'est alors qu'en 1904, un Français, un journaliste, ayant réalisé les possibilités immenses qu'offrait la misérable station, ayant goûté le charme inexprimable du cadre qui nous entoure, entreprit d'édifier le nouveau Korbous, de lui rendre un peu de l'éclat et du faste des thermes chers aux Romains.

Rasant la plupart des constructions arabes, pittoresques mais insalubres, il construisit de toutes pièces la majeure partie de la petite Cité riante et coquette que vous avez pu admirer.

Il a désiré que cette station soit, au point de vue de l'hygiène, du confort, de l'agrément, digne de retenir les visiteurs qui viennent y chercher la santé, le repos, ou tout simplement une détente à leur labeur quotidien.

Ce souhait est actuellement réalisé : Korbous est, en effet, une station équipée de la façon la plus moderne, où règne la plus stricte propreté.

Nous ne dirons pas au prix de quels efforts, de quels sacrifices pécuniaires, de quelle énergie persévérante, pareil travail fut accompli, malgré les obstacles que la Nature même avait accumulés : le tracé de cette route en corniche, que vous venez de parcourir, témoigne de l'audace et du génie de ceux qui l'ont construite.

Korbous, bien que sur un plan beaucoup plus modeste évidemment, a encore beaucoup à envier à ses grandes sœurs de France et de l'Etranger ; ses vertus thérapeutiques, dont M. le Docteur Tremsal vous donnera l'énumération, sont à ce point efficaces que, de jour en jour, sa réputation s'accroît en Afrique du Nord ; n'est-elle pas, en effet, la station idéale pour les malades de notre Empire nord-africain, qui ne peuvent supporter les frais d'une cure en France, en Italie ou en Europe Centrale ?

Et laissez-moi vous dire également, que nous avons conçu cette station thermale selon les bases mêmes du Protectorat : collaboration

franco-musulmane étroite et parfaite harmonie, que nous souhaitons voir régner entre les divers éléments de la population tunisienne. Soucieux du respect de toutes les croyances, de toutes les traditions, nous nous sommes efforcés de donner aux Musumans, aux Israélites qui fréquentent la station, toutes les facilités nécessaires pour qu'ils puissent, tout en se soignant, mener ici le même genre de vie que chez eux.

C'est pourquoi nous avons multiplié le nombre des logements particuliers, pourvus de piscines et de baignoires, de manière à faciliter la cure àdomicile.

Pour les indigents, qui de jour en jour plus nombreux, viennent demander à Korbous la guérison, nous avons abaissé les tarifs et multiplié les facilités d'accès aux piscines.

Je ne veux pas abuser de vos instants précieux, car la moindre vision des choses est préférable à tous les discours; pourrai-je, en terminant, formuler le souhait que cette visite à Korbous vous laisse une impression favorable, et que rentrés dans vos foyers, vous évoquiez quelquefois ce petit coin de terre tunisienne, où, la Nature aidant, une œuvre sociale et salutaire s'accomplit, sous l'égide de la France, pour le bien de l'humanité souffrante.

Je lève mon verre à la santé des membres du Congrès de Médecine et de leurs familles.

Discours du Professeur Andronesco, de Bucarest :

Monsieur le Président,

Monsieur l'Administrateur de Korbous,

Mesdames, Messieurs,

Je ne trouve pas assez de paroles pour remercier tout d'abord M. Burnet, notre Président du Congrès, pour son discours académique qu'il nous a fait au banquet de clôture d'hier au soir. Je remercie également M. Maillet pour la réception qu'il nous a faite

et les explications géoclimatiques et thérapeutiques qu'il nous a données sur la splendide station de Korbous, dont je garderai le meilleur souvenir, et comme le beau sexe est très bien représenté à ce bouquet, vous me permettrez, en qualité de médecin gynécologique, de lui présenter mes meilleurs sentiments. Puisque c'est paradoxal qu'un médecin souhaite la santé à ses clients, moi, comme professeur d'hygiène et médecin-accoucheur, je peux vous dire de tout cœur à votre bonne santé car il n'y a que les gens bien portant qui puissent travailler pour l'augmentation de la population et de ma clientèle aussi. A votre santé.

Discours du Docteur Tremsal :

Mesdames et Mesdemoiselles,

Mes Chers Confrères,

Messieurs,

Ce m'est tout ensemble un honneur dont j'appécie le prix, et un plaisir dont je goûte le charme, que de vous dire, dans une causerie que je vous promets brève, quelles sont pour des disciples d'Hippocrate, les caractéristiques intéressantes de notre curieuse Station Thermale et Climatique de Korbous.

Déjà, pour vous y rendre, vous avez admiré, sous un ciel qui se fait plus clément à mesure que se poursuit votre séjour, comme s'il voulait, dans un dessein dont le secret nous échappe, ajouter les regrets du départ aux déceptions des premiers jours, déjà, dis-je, vous avez admiré cette corniche qui enchante tous les visiteurs.

Et quand, au dernier tournant de la route, vous avez « découvert » Korbous, étalée avec grâce entre la montagne qui s'élève pour l'abriter des vents, qui se garnit d'une abondante végétation pour lui faire une parure de verdure, de fleurs et de parfums, — et la mer si calme à certains moments qu'elle lui sert de miroir magique pour y refléter sa beauté, — ne vous est-elle point apparue semblable à une Dame très vieille, toute blanche sous le soleil, souriante à votre

venue, et que la Fée Nature aurait doté de tous les dons y compris celui, merveilleux n'est-ce pas, d'avoir un très grand âge, et de garder par la recherche d'une coquetterie de bon aloi les aspects d'une jeunesse toujours nouvelle.

C'est que déjà dans l'Antiquité, sans doute à l'Ere Punique, certainement, les pierres en font foi, à l'Epoque Romaine, ses Eaux étaient connues, captées et utilisées.

Une longue période de ruines et de dévastations, puis ce fut la domination arabe. Les musulmans ont pour Korbous une réelle vénération. Ils l'ont placé sous la protection de deux saints Marabouts, Sidi Amara et Sidi Achour, et ils ont entouré son histoire de légendes comme il est d'usage en terre d'Islam.

Depuis le Protectorat, la France se devait d'apporter aux ressources climato-thermales de Korbous des aménagements techniques en rapport avec les données de la Crénothérapie. Les bons ouvriers de cette grande tâche se sont succédés pour faire de la Korbous d'hier, la Korbous d'aujourd'hui. A leur tête, nous devons citer M. Lecore-Carpentier, qui conçut et réalisa, avec l'aide des Pouvoirs Publics, un plan original de l'exploitation de la Station. Il voulut, pour rester dans la note qui est à la base même du régime de Protectorat, créer une Station Moderne, capable d'accueillir les Européens, et aussi conserver aux Musulmans attachés à leurs traditions des possibilités de cure qui ne heurtent ni leurs coutumes, ni leurs convictions religieuses

Cette tâche, il la poursuivit jusqu'à sa mort. Et puis, comme s'il avait désiré que son grand souvenir survive dans ces lieux où tout déjà parle de lui, il voulut reposer à jamais sur cette colline où vous pourrez tout à l'heure saluer sa sépulture.

Bien secondé de son vivant, il fut aussi bien remplacé par son gendre, M. Maillet qui avec constance, tenacité et compréhension, continue son œuvre.

Les concours médicaux ne lui firent pas défaut. Vous me permettrez, entre autres, de saluer la mémoire du Dr Schoull, qui dans plusieurs notes consigna d'intéressantes observations, que les études postérieures n'ont pu que compléter.

Par un luxe dont elle est rarement prodigue, la Nature s'est complue à multiplier à Korbous les ressources des Eaux et du Climat multipliant ainsi de féconde manière les indications thérapeutiques de notre Station Tunisienne.

Les eaux sont en effet de deux types très différents, une source étant froide et chlorurée sodique faible, les autres étant hyperthermales de 49 à 60 degrés, chlorurées sodiques moyennes et sulfatées calciques.

Voilà donc une eau de lavage, qui sera précieuse pour les arthritiques, les goutteux, dans leurs manifestations chroniques, les pléthoriques circulatoires, les obèses, les intoxiqués.

Et certains dyspeptiques seront également à même d'en retirer de bons effets.

Et puis, voici des eaux résolutives, sédatives et antispasmodiques. Quelle longue série d'affections pourront solliciter leur action, depuis les inflammations chroniques des muqueuses, génitales, intestinales, respiratoires, aux manifestations chroniques des rhumatismes articulaires et musculaires, en passant par les états spasmodiques des voies respiratoires et digestives, et de l'ensemble cardio-vasculaires.

Le climat est caractérisé par un ensoleillement intense, la proximité de la mer et de la montagne. Il s'apparente à celui de Nice. Et nous savons que ce type héliomarin atténué convient parfaitement aux adénoïdiens, aux lymphatiques, aux anémiés, aux rachitiques, ainsi qu'aux surnenés des villes, aux sédentaires auxquels il dispense une sédation et un effet stimulant, dans ce cadre reposant et plaisant.

Vous verrez, en descendant à l'Etablissement comment on y applique de bonnes techniques de cures : se sont des techniques classiques dont je ne vous parlerai pas ici.

Je préfère vous dire un mot d'une particularité de la cure propre aux indigènes. D'abord, ils sont partisans des ingestions massives, puisque c'est trois à quatre litres à jeun qu'ils estiment nécessaires pour obtenir le résultat qu'ils espèrent.

Vous prévoyez que ce bain interne, cette immense dissolution

n'ait pas toujours que des effets salutaires. Ceci n'est pourtant pas encore assez et ils corsent cette cure déjà sévère, et dont les détails nous impressionnent, par une préparation de tisane, la medbach, qui est plutôt une macération de plantes variées : dont ils boivent 1/2 litre environ, à côté du ciste, de la bruyère et du myrte, d'action indéterminée, des labiées aromatiques que sont le basilic, la lavande, le romarin et le thym, aux propriétés antispasmodiques et stimulantes, nous y trouvons les baies de genevièvre stomachiques et toniques, diarophétiques et emménagogues, stimulantes et diurétiques, mais trop volontiers irritantes pour les voies urinaires, et surtout la rue ; et vous savez quels désordres de la circulation, — ceci soit dit sans jeu de mots —, la rue détermine parfois, par ses effets emménagogues et abortifs.

Certes, depuis le temps que cette recette se transmet, il serait abusif de ne lui reconnaitre qu'une action nuisible ou simplement douteuse. Mais ne conviendrait-il pas que son utilisation soit mieux surveillée, comme d'ailleurs sa composition, et surtout que ceux et celles à qui elle est contraire, le sachent et s'en abstiennent.

Nous avons cette année tenté un effort d'information et de mise en garde envers ces malades qui se livrent oreilles et yeux fermés, mais gosiers largement ouverts, à ces excès regrettables pour leurs organismes.

C'est peut-être encore une particularité de Korbous, que la manière dont la clientèle israélite, très nombreuse ici, très fidèle aussi, s'y comporte.

Je ne parle pas bien entendu de la clientèle bourgeoise qui s'y comporte de plus en plus comme la clientèle européenne. Je parle de ces familles modestes qui sont la masse.

On ne demande pas d'avis à son médecin traitant ; on consulte encore moins le médecin de la station. A quoi bon ? Telle parente, tel ami s'est si bien trouvé de telle ou telle opération thermale, qu'il n'y a qu'à faire comme lui ou comme elle.

Il faut avoir assisté à ces drames de conscience qui se répètent devant le tableau où au Thermal, sont affichées les opérations, avec en regard les tarifs correspondants : optera-t-on pour la manœuvre

la plus coûteuse, dont on espère le bienfait proportionné à la cherté du prix, — se décidera-t-on pour la moins onéreuse, en se persuadant pour justifier cette préoccupation de cure à bon marché que tout le reste n'est qu'un luxe superflu à l'intention des clients fortunés.

Je dois dire que de plus en plus, dans cette matinée du vendredi que depuis 3 saisons nous consacrons à Korbous, nous voyons s'accroître le nombre de ceux qui jugent indispensables de se confier au médecin, et que nous voyons de plus en plus rarement ces accidents impressionnants d'insuffisance d'un cœur qu'on a claqué, ou de reins qu'on a bloqué par ces erreurs dont je vous entretenais tout à l'heure.

C'est que chaque fois que se confie à nous un de ces malades hier encore tout acquis à l'empirisme, nous lui expliquons ces inconvénients des cures à l'aveuglette. Ils en font leur profit, et ils le répètent autour d'eux, propageant ainsi de salutaires notions de prudence et introduisant un peu de technique là où la routine était reine.

J'ai fini.

Complétant ma causerie, la visite que nous allons faire vous montrera Korbous.

Du bord de la mer, vous contemplerez le golfe que limite à l'horizon la falaise de Sidi-Bou-Saïd, dont le nom évoque le souvenir d'un grand Roi de France venu mourir sur ces rivages.

Par delà cet horizon, que notre pensée se dirige vers les lointaines côtes de France, que plusieurs d'entre vous salueront bientôt dans la joie du retour.

Vous avez pu voir, durant votre séjour, certains aspects de l'œuvre qu'elle a accomplie, et apprécier cette œuvre, simplement, objectivement, en regardant avec bonne foi.

Votre visite à Korbous vous aura montré un exemple de la Civilisation Française renouant après des siècles les traditions de Rome.
Votre présence a malheureusement coïncidé avec de douloureux

évènements qui, dans une réalité cruelle, découvrent de nouveaux obstacles, posent à résoudre de nouvelles diffiultés.

Partez néanmoins sans appréhension. La France, toujours forte, toujours égale, toujours élevée à la hauteur de son destin saura les dominer et poursuivre ici, comme partout où elle a étendu son influence, l'établissement de la Paix Française.

Circuits Touristiques

Dès le lendemain du banquet de clôture du Congrès, toute liberté est laissée aux congressistes.

Certains, pressés par le temps, s'embarquèrent pour la France ou s'envolèrent pour l'Italie. D'autres prirent la voie de retour par l'Algérie (en avion, sur rail ou en autocar spécial par les oasis, comme le groupe de l'U. C. P. V.).

D'autres encore organisèrent personnellement des voyages touristiques en Tunisie.

Enfin la deuxième caravane, composée d'une cinquantaine de congressistes, partit pour l'excursion de six jours, en train spécial, admirablement organisée par MM. Hignard frères, directeurs de l'Agence de Voyages, à Tunis, en collaboration avec les Wagons-Lits Cook.

Le vendredi 15 avril, dès 8 heures, la gare de Tunis est animée. Confortablement installé dans un matériel neuf, chaque congressiste se renseigne sur les pays neufs qu'il va voir auprès de ceux qui qui ont fait le circuit auparavant. Le train s'ébranle. En route pour Sousse.

Le train file d'abord au pied de montagnes parsemées de place en place de quelques villages éclatants de blancheur où l'on aperçoit, dominant la masse indistincte des maisons, les minarets pointus et les petits dômes des Koubbas. Plus loin, dans la campagne dénudée, apparaissent encore, isolés, de ci de là, ces monuments petits, ronds, toujours blancs, qui abritent les ossements de marabouts. Sur la route qui longe la voie, nous croisons de petites caravanes, composées de quelques Arabes et nous atteignons la mer, dont jusqu'à Sousse, nous suivrons le rivage.

Le soleil darde, mais les couleurs ne sont pas éclatantes.

Le train stoppe à Sousse.

Des autocars attendent les congressistes à la gare pour les conduire à la Kasba. Ceux-ci longent les remparts, hautes murailles crénelées, puis ayant franchi une porte magnifique, ils visitent le musée. Ils montent ensuite sur la tour d'où la vue s'étend sur la mer, sur le port, sur la ville complètement entourée par ses murailles blanches et crénelées, sur la campagne, immense forêt d'oliviers au milieu de laquelle se détachent de nombreux petits villages. Il est une heure : le ciel est d'un beau bleu, les couleurs sont plus vives. A la sortie de la Kasba, ils dévalent dans les ruelles et dans les souks de la ville indigène.

Est-ce l'effet du soleil qui devient plus ardent ? Est-ce le cachet nettement plus oriental des souks ? L'enthousiasme grandit.

Sur la place de la gare, un charmeur de serpents charme également quelques voyageurs qui oublient l'heure du départ. On est obligé de les rappeler à la réalité.

Le train repart ; la plaine monotone fuit de chaque côté. Déjeuner délicieux en wagon-restaurant. Nous arrivons à Kairouan, la ville sainte. Malgré la chaleur torride, nous flânons dans les rues, dans les souks, sur le marché.

L'agitation, le grouillement de la foule bigarrée sont les mêmes dans toutes les villes de Tunisie. A Kairouan, une note défavorable est jetée par l'absence presque complète du service de voirie. Certes, le soleil fait miroiter jusqu'aux objets les plus sales, il embellit tout, mais compter exclusivement sur lui pour l'hygiène est peut-être excessif.

Au sortir des souks, les congressistes sont surchargés d'objets (bracelets, tapis, foulards, derboukas, etc... etc...).

Retour à l'hôtel où nous rencontrons Monsieur le Médecin-Colonel Baur et le Médecin-Inspecteur général Savornin.

Après le dîner, par petites tables, dans une salle éclairée à giorno, le Médecin-Colonel Baur accepte volontiers de présider la brève causerie du Professeur Andronesco.

L'Insuffisance de la Respiration

considérée comme le plus grand facteur pathologique social

Il y a plus de 50 ans que je m'occupe de la physiologie appliquée et spécialement de la circulation et de la respiration qui constituent pour moi les véritables bases de la santé, car la respiration domine toute la pathologie et elle est si générale, qu'il n'y a pas un qui n'en soit atteint.

Les conséquences sont : mauvaise circulation de retour, varices, hémorroïdes, stase dans tous les organes.

La physiologie nous apprend que l'homme peut vivre sans manger 60 à 70 jours même (Soucci, Tanner, le maire de Cork, etc.); sans respirer, même pas 5 minutes; et généralement cet acte s'accomplit d'une manière incomplète dans un milieu insalubre où nous sommes obligés de vivre la plus grande partie de notre vie.

Les produits de la digestion sont apportés par les veines sous-hépatiques et les chilifères au cœur et d'ici, au poumon, pour prendre l'oxygène d'où ils retournent de nouveau au cœur. D'ici, le cœur les envoie dans les organes; mais parce que, en général, le poumon ne se dilate pas suffisamment, l'absorption intestinale aussi est insuffisante; d'un autre côté, la circulation de retour ne peut pas se faire d'une manière régulière; il en résulte une stase et presque une congestion de tous les organes de l'économie. La tension artérielle, elle aussi, est subordonnée à cet état de choses.

Le diaphragme prend part à cette insuffisance, cède, et les organes de la cavité abdominale montent vers la cavité thoracique et à leur tour gênent les fonctions du cœur et du poumon.

Généralement, une partie de l'air, au lieu d'être inspiré, comme nous venons de le voir, est avalé; l'aérophagie s'installe pour tout de bon et le ventre prend des proportions énormes. A part cela, l'air résiduel du poumon insuffisant, se chauffe, s'altère, se dilate et prédispose à l'emphysème.

Nous savons aussi que le poumon a une surface de 200 cm., le cœur lui envoie le sang sur une surface de 150 cm. pour fixer l'oxy-

gène; et pour acomplir son rôle dans 24 heures, il développe une puissance si grande qu'il peut élever 3 hommes à 110 m. de hauteur. A part cela, le poumon doit recevoir environ 18.000 litres de sang en 24 heures pour se transformer en oxyhémoglobine.

Chacun de nous peut se rendre compte quel désastre est pour notre organisme cette insuffisance de notre respiration. A part ces phénomènes mécaniques, nous avons les phénomènes bio-chimiques : ces phénomènes sont de la plus grande importance, car au poumon s'accomplit la transformation des substances alimentaires par l'oxydation et la fixation de l'oxygène sur les globules rouges du sang (oxyhémoglobine).

Nous avons encore à la surface du poumon d'autres phénomènes : l'élimination de l'acide carbonique et des toxines, la floculation et d'autres processus qui sont encore à l'étude.

Dans ces conditions, l'air seul peut procurer assez d'oxygène pour accomplir la plus grande fonction de notre organisme et pour transformer les substances alimentaires de manière à réparer les pertes de chaque jour. Comme conséquence de cet état, le tube gastro-intestinal est aussi troublé sans ses fonctions, car l'absorbtion est réduite. Le foie, ainsi que tous les organes sont congestionnés, car le foie ne peut pas verser facilement son produit vers le cœur. Le cœur, à son tour, fait de l'effort, la tension est augmentée et les médecins la mesurent avec toutes sortes d'appareils et la mettent sur le compte d'autres lésions. A part ces considérations, basées sur la physiologie, il y a encore d'autres conséquences qui touchent de très près la physiologie pathologique. Notre sang insuffisamment oxygéné, mélangé avec tous les déchets qui proviennent du tube gastro-intestinal, mal élaborés, vient irriguer nos organes avec toutes sortes de toxines en créant un médium favorable à la maladie. D'autant plus que la circulation de retour est ralentie et les microbes qui pullulent en si grand nombre dans notre organisme trouvent ainsi des circonstances favorables pour nous attaquer.

Les excrétions se font très mal aussi, d'où découlent tant de complications imprévues. Je me permets d'attirer votre attention sur ce sujet; en me demandant aussi si le métabolisme se fait dans

de pareilles conditions; les cellules de notre organisme, sidérées par tant d'éléments nocifs, ne commencent-elles pas à prendre des formes atypiques, évolution possible vers le cancer ? En tous cas, je crois que le terrain est assez bien préparé aussi pour cette terrible maladie qui de nos jours fait tant de victimes dans le monde entier.

Traitement: Education de la respiration. Les gens, en général, évitent l'air, ferment les portes et les fenêtres pour éviter le courant d'air, baissent les rideaux pour éviter le soleil, quoique tout le monde sait que là où le soleil n'entre pas, c'est le médecin qui entre. En dehors de ça, il ne suffit pas de rester au grand air, il faut que l'air entre dans les poumons. C'est pour cette raison que l'éducation de la respiration s'impose à nous tous car, à cause de nos occupations, nous avons beaucoup trop réduit cette fonction qui domine toute la pathologie humaine.

L'éducation de la respiration doit être faite par tout le monde, tous les jours. J'ai vu avec plaisir que l'Académie de Médecine de Paris avait exprimé le désir que dans toutes les écoles, les élèves fassent cet exercice tous les jours. A propos de l'éducation physique que l'on fait maintenant, on exagère, on se fatigue, on fait trop d'efforts, on perd beaucoup de temps, et les gens qui se spécialisent, quoiqu'ils soient en apparence des athlètes, ont le cœur qui laisse beaucoup à désirer.

Aucun d'eux n'arrive, à un âge avancé, bien portant.

L'exercice de la respiration doit être fait d'une manière rythmique, sans effort, avec des mouvements libres, en accord avec la physiologie: une respiration profonde et une expiration complète. Ce système employé le matin et le soir, pendant 5 minutes, tout nu, fenêtre ouverte par n'importe quel temps et suivi d'une friction, vous donnera sûrement la force et la santé.

Seulement, l'exercice dont je vous parle doit être suivi quotidiennement. Il est préférable d'oublier de manger que d'oublier de respirer profondément.

Grâce à cet exercice physique, on reprend non seulement les

forces, mais il est fort efficace aussi pour les malades, comme l'a d'ailleurs si bien démontré le Docteur Stanelin, ce dont je le félicite de tout cœur.

Il ne faut pas oublier que cette gymnastique doit être faite d'une manière convaincue et le rythme acquis doit être gardé dans l'intervalle même des exercices pour que cet acte devienne un acte habituel, normal, physiologique.

Je me permets de vous le conseiller; il ne prend pas trop de temps et vous arriverez, comme moi, à n'avoir plus besoin d'acheter les vitamines et les hormones à la pharmacie, ni d'autres médicaments ou drogues.

En ce qui concerne les microbes, c'est aux cellules à se défendre, lesquelles, n'étant plus encrassées, pourront d'ailleurs mieux s'acquitter qu'auparavant. D'après les sciences naturelles, l'homme doit vivre 125 ans, eh bien, suivez ma méthode, qui a une base scientifique. De l'air, de l'air et toujours de l'air. La vie et la santé ne peuvent exister sans une bonne respiration.

Comme colollaire, je dois ajouter que les bains et l'eau en général, s'ils sont indispensables pour la propreté, donnent par contre, des réactions factices. Si l'eau était nécessaire à l'homme, il aurait des écailles sur le corps, mais il n'en a pas, il est fait pour vivre en plein air. La preuve : le nudisme prend des proportions énormes, en accord avec la physiologie.

A propos du régime : l'homme est le seul animal qui mange sans faim, boit sans soif et sacrifie sur l'autel de Venus en toutes saisons.

Il ne vit pas de ce qu'il mange, il vit de ce qu'il digère. La respiration, comme vous l'avez vu, complète l'assimilation et nous fait vivre sainement, entièrement.

Alors : mangez à votre faim, machez bien et surtout respirez bien. C'est le meilleur système de retarder la vieillesse.

(*Applaudissements*)

La nuit est tellement belle — pleine lune, ciel brillant d'étoiles — que tous les congressistes sortent ensemble pour une agréable promenade par les rues silencieuses.

Le lendemain matin, ils visitent les principales mosquées, vieilles de plusieurs siècles, et conservent dans leurs cœurs l'émotion qu'ils ont sentie dans celle de Sidi-Okba.

De Kairouan, le train repart pour Tozeur, mais en cours de route, on s'arrête à Sbeitla où les congressistes visitent les ruines romaines, sous un ciel de feu. Vers le soir, le train franchit les premiers contreforts d'une chaîne de montagnes, puis s'engage dans les *Gorges du Seldja.* Traversée de tunnels. Le train remonte l'oued au fond d'une crevasse profonde et pittoresque. Le site est grandiose.

Vers 21 heures, nous arrivons à Tozeur. Vent de sable. Difficulté de se loger dans les hôtels, par suite de l'afflux de touristes à cette époque.

Après une bonne nuit, la caravane se divise en deux groupes : l'un se dirige vers Nefta au moyen d'un car du temps héroïque, échoué ici piteusement; l'autre va faire une promenade dans le désert à dos d'âne, de chameau ou de mule.

Vingt kilomètres sépare Tozeur de Nefta. A notre droite, le Chott Djerid plat, sec, recouvert par places de quelques cristaux de sel, brille et forme des mirages où nous croyons voir des images fantastiques. A Nefta, pour nous guider dans l'oasis, nous nous attachons un arabe au port majestueux, parlant le français et qui paraît intelligent.

Nefta est une agglomération de villages disséminés dans le désert, à l'orée de l'oasis; chaque village est composé de maisons basses, construites en briques jaunes; de loin, il se distingue à peine du sable. Dans l'ondulation qu'il dessine, brillent seuls les dômes blancs des mosquées et des koubbas.

Dans l'oasis, aucune maison; les grands palmiers dominent un marabout et laissent tomber sur sa coupole de lait l'ombre légère et fière de leurs feuilles.

Toute notre matinée se passe dans les jardins où, grâce à notre guide, nous pouvons pénétrer ; les jardiniers nous y reçoivent, leurs chiens cessent d'aboyer. Nous admirons les dattiers géants qui protègent les grenadiers aux fleurs éclatantes, les poiriers, les pommiers, les amandiers, les jujubiers. L'eau coule abondamment sur un lit de sable blond. A certaines sources, les femmes, les unes voilées de bleu, les autres ramenant sur leurs figures, à notre approche, un pan de leur manteau, toutes ornées d'anneaux d'argent qu'elles portent à leurs poignets et à leurs chevilles, les poitrines barrées de colliers de plaques du même métal, remplissent des jarres et des outres dont elles chargent de petits ânes. Plus loin, d'autres lavent des étoffes qu'elles étendent ensuite au soleil. Toutes sont égayées par cette féérie de l'eau, de la verdure et du soleil, avant de rentrer dans leurs murs de terre sur le sol de sable.

Curieux marché que celui de Nefta, auquel nous assistons dès son début. Aujourd'hui on y vend des moutons.

Autour des boutiques grouille la foule bariolée des acheteurs.

L'après-midi, promenade dans l'oasis de Tozeur à dos d'âne et grand chameau.

L'oasis nous paraît moins frais, plus poussiéreux que celui de Nefta. Mais la gaieté règne. Partout les objectifs guettent les scènes amusantes. Nous suivons ensuite les oueds. Dans un petit lac, au centre d'une corbeille de palmiers, des petits « ouleds » plongent, après avoir prestement quitté leurs haillons noirs.

Au retour, le soleil, à son déclin, perd son éclat, le ciel pâlit ; sur terre, les dômes des marabouts, les minarets, du blanc crû passent à l'orange, au violet, au mauve, tout cela insensiblement.

Tout à coup, un orage éclate et des pluies torrentielles tombent drû sur la caravane qui ne trouvent aucun abri pour se protéger. Nécessité de poursuivre la route vers l'hôtel en accentuant la course.

Demain, nous partirons avant l'aube pour Gabès. En cette ville, la caravane se divise en deux groupes : l'un part pour Houmt-Souk (Ile de Djerba) via Djorf-Adjim, l'autre fera l'excursion de l'oasis

de Gabès et, le lendemain, Matmata dont la richesse de végétation à l'ombre des grands palmiers est unique.

La classique promenade se fera à âne et à chameau mais aussi en voiture découverte hippomobile.

L'excursion à El-Hamma, autre oasis voisine, permet de visiter les anciens bains romains restaurés, à l'émergence de la source chaude qui fertilise l'oasis.

Ce fut aussi l'excursion aux Matmatas, au pays des Troglodytes où, dans un paysage lunaire, tout en crevasses, vit toute une population spéciale logée dans de véritables puits donnant le jour à des pièces creusées sur les parois.

Nous repartons de Gabès mardi 19 avril, à 12 h. 20, pour Sfax où tout est préparé pour la réception : nos chambres nous attendent à l'Hôtel des Oliviers, nom symbolique qui nous indique ce que nous allons voir tout à l'heure.

Sfax, qui était une petite ville de pêcheurs d'éponges et de petits jardiniers, est devenue aujourd'hui une grande ville prospère et magnifique.

Nous faisons l'excursion au point géodésique, au milieu de la forêt d'oliviers qui s'étend à l'infini.

Nous nous engageons dans une longue promenade en voiture dans les rues animées de la nouvelle ville et sur les quais encombrés du port.

La ville nouvelle, si puissante, si remplie d'espérance, ne fait pas tort à la ville indigène. Entourée de murailles percées de portes curieuses, cette ville arabe conserve ses attraits. Près d'une de ces portes, le marché aux herbes, peuplé de cette foule grouillante que l'on trouve partout, parcouru par des chameaux à l'allure majestueuse et lente, nous arrête un instant. Puis nous pénétrons dans les rues des corporations; là, dans un milieu d'un pittoresque exquis, tous les ouvriers d'un même métier travaillent avec les mêmes gestes. Il faudrait tout dépeindre, l'animation, la couleur et aussi le bruit et le mouvement...

Départ de Sfax mercredi 20 avril à 8 heures (dernière journée de l'excursion). Vers 9 h. 30, une masse noirâtre surgit au-dessus

d'une plaine inculte, où pas un arbre ne pousse : c'est l'*Amphitéâtre d'El-Djem*. Le train s'arrête. Le moment est propice pour la visite; le soleil est resplendissant; le ciel est d'un beau bleu. Devant ce débris colossal, seul reste d'une ville qui fut grande et luxueuse, l'imagination évoque des arènes tumultueuses, des gradins bondés de spectateurs, foule en délire, acclamant les vainqueurs et ordonnant la mort des vaincus.

Là, j'éprouve le plaisir de converser longuement avec mon éminent maître, le Professeur Mouriquand, de Lyon, qui nous déclare que « ces ruines imposantes n'ont d'égales que celles du Colisée de Rome ».

Du village, rien à dire : maisons plates et basses, construites avec les pieres de l'amphitéâtre.

Nous regagnons le train qui doit nous mener à Nabeul. Déjeuner animé au wagon-restaurant. Au dessert, le Professeur Andronesco, de Bucarest, en qualité de doyen des congressistes, demande la parole et s'exprime en ces termes :

Mesdames,

Messieurs,

Vous me permettrez, comme le plus âgé de vous tous, de vous présenter mes meilleurs sentiments et de vous remercier de votre agréable compagnie dont je garderai le meilleur souvenir.

Je remercie aussi M. Van der Loff, l'agent de MM. Hignard Frères et des Wagons-Lits Cooks qui, malgré son insuffisance respiratoire, toujours avec le sourire aux lèvres, a fait de son mieux pour contenter tout le monde. Mais tous les congressistes, absents ou présents, ne pourront jamais oublier l'activité déployée et l'affabilité qu'il a témoignée envers eux de celui dont le nom est sur toutes les lèvres : j'ai nommé notre charmant confrère, le Docteur Pérez Albert. Il est partout; partout il renseigne, partout il prévient les désirs, partout il devance les questions. Le Docteur Pérez fut notre guide pendant tout le voyage; sa connaissance du pays, sa

gaieté, son engouement, son amabilité inépuisable doublèrent le charme des choses si nouvelles que chaque jour nous découvrîmes.

Cher Monsieur Pérez, je me rappelle d'une poésie où un enfant demandait à sa mère : « Maman, qu'est-ce qui passe le plus vite ? »

La mère lui répondit :

« Que l'avenir t'évite ce savoir triste et douloureux,

« Ce qui passe le plus vite, enfant, ce sont les jours heureux. »

Et comme ils ont passé vite ces jours heureux que nous venons de passer dans votre adorable pays.

Présentez, je vous prie, à tous nos collègues et particulièrement à notre Président, M. Burnet, ma gratitude et mes sentiments les plus cordiaux. Et dites aussi à M. le Résident Général de France en Tunisie qu'il y a peu de temps j'ai relu l'Histoire de la Grande Guerre en 8 volumes, par J. Bertrand, et je vous assure qu'il n'y a pas mal de pages qui ne soient tâchées par mes larmes.

Après le dernier volume, j'ai pris la plume, et comme inspiré, j'ai écrit ces vers :

« J'ai lu de la Grande Guerre la terrible histoire

« Et vu de combien de douleurs la France a fait sa gloire,

« Une gloire hautaine avec le cœur altier

« Liant à son destin le sort du monde entier. »

Le Docteur Pérez, ému, remercia le Professeur Andronesco des sentiments qu'il vient d'exprimer envers tous les congressistes et promit de transmettre son message au Résident. Très sensible personnellement du témoignage flatteur qu'on vient de lui adresser, il assure toute la caravane de sa gratitude et de son meilleur souvenir. Il leva son verre et porta un toast à la santé de tous les congressistes présents et absents.

Des applaudissements chaleureux crépitent à la fin de ces deux discours.

En route pour Nabeul, la ville des poteries et des oranges. Là, nous avons le plaisir de rencontrer notre distingué confrère Farhat qui nous fait visiter son dispensaire anti-trachomateux. En toute justice, nous lui rendons un hommage sincère pour la bonne tenue de ce dispensaire et l'excellente organisation qu'il a pu obtenir par des moyens réduits.

Visite du musée et d'une poterie et puis nous regagnons notre train pour nous rendre à Hammamet où nous attend notre ami Farhat qui a invité tous les membres de la caravane à venir prendre le thé dans sa villa personnelle.

Sur la terrasse, Madame Farhat et son mari se dépensent sans compter pour nous offrir le thé à la menthe, les petits gâteaux, etc...

Malheureusement, la pluie inattendue vient gâter cette belle réception et les membres, après avoir remercié leurs hôtes charmants, regagnent, sous l'averse, le train qui les ramène à Tunis.

Nous y arrivâmes à la tombée de la nuit et alors se fit la dislocation de la caravane...

CONGRESSISTES ETRANGERS A LA TUNISIE

Inscrits	161	
Présents	135	
Congressistes habitant la Tunisie	220	
Congressistes étudiants	63	
Total des inscrits		444
Total des présents		418

LISTE DES CONGRESSISTES ETRANGERS A LA TUNISIE

Pr ANDRONESCO, Bucarest (Roumanie),
Dr ARMENGAUD, Cauterets,
Mme ARMENGAUD, Cauterets,
Dr BAILLIART, Ophtalmologiste de la Clinique Nationale des Quinze-Vingt, Président de la Ligue contre le Trachome, Président de l'Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité, Paris.
Mme et Mlle BAILLIART, Paris,
*Dr M. BARTHÉLÉMY, Professeur à la Faculté de Médecine, Nancy,
Dr Ed. BENHAMOU, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux, Alger.
Mme et Mlle BENHAMOU,
M. A. BENOIT, Pharmacien, Lannoy (Nord).
Mme A. BENOIT, Lannoy (Nord).
Dr BÉDOUCHA, Strasbourg,
Dr Pierre BERTRAND, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, Lyon.
Mme Pierre BERTRAND, Lyon,
Dr BONJEAN, Directeur de l'Institut d'Hygiène du Maroc, Rabat,
Mme BONJEAN, Rabat,
Dr BLACAS, Saint-Henri,
Mme BLACAS, Saint-Henri,
Mlle BLACAS, Saint-Henri, Marseille,
Dr Claudius BOCCA, Médecin des Hôpitaux, Saint-Etienne,
Mme BOCCA, Saint-Etienne.

L'* indique que le membre inscrit n'a pas été présent au Congrès.

*Dr Henri BONNIN, Professeur de clinique des Maladies Exotiques à la Faculté, Bordeaux.

*Mme BONNIN, Bordeaux.

Dr F. BOURGUIN, Chef de service du Ministère de la Santé Publique, Paris.

*Mlle A. BUTTNER, Paris.

Dott. Emanuele CASATI, Primario oculista dell'Ospedale V. E., Tripoli.

*Dr F. CADÉOT, Eauze (Gers).

M. CAROUGEAU, Inspecteur général vétérinaire des Colonies en retraite, Paris.

*Dr CAVAILLON, Conseiller technique médical du Ministre de la Santé Publique, Directeur du Service central de prophylaxie des maladies dermatologiques au Ministère de la Santé Publique, Paris.

M. CHARDIN, pharmacien, Paris.

*Pr Dott. Gian Luigi COLOMBO, Milan (Italie).

*Dr CONTAL, Contrexeville.

*Dr COUVELAIRE, Professeur de clinique obstétricole à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Paris.

M. R. G. CUISINE, Vice-Président du Syndicat des Pharmaciens d'Asnières et Banlieue Ouest et Nord, Paris.

Mme CUISINE, Paris.

Mme le Dr E. DELANOË, ex-Médecin du service des femmes et de la Maternité-Hôpital de Mazagan, Maroc.

Dr Maurice DELORT, 1, place d'Iéna, Paris.

Mlle DELORT, 1, Place d'Iéna, Paris.

*Médecin Lieutenant-Colonel DEMERLIAC, 14, Place du Champ de Foire, Limoges.

*Dr P. DESCAMPS, Médecin en chef de l'Hôpital Foch, Rédacteur en chef de la Revue Médicale Française, Paris.

Dr DE SAINT MARTIN,

Mme DE SAINT MARTIN, et leurs enfants, Toulouse,

Pr Gorgio DOMINICI, Direttore della R. Universita di Cagliari (Italie).

M. DOMMER, Docteur Honoris Causa, Lausanne (Suisse).

Pr DU BOIS (Suisse), Président de l'U.I.C.P.V., Genève.

Médecin-Capitaine Jacques DUGUET, Hôpital Marie Feuillet (Rabat (Maroc).

Médecin-Général EPAULARD, Directeur du S. S. du XIXe Corps d'Armée, d'Alger.

Mme EPAULARD.

M. R. ESTIBOTTE, Perpignan.

Mme R. ESTIBOTTE, Perpignan.

*Dr Roger EVEN, Médecin-chef du Sanatorium de Champeneuil.

*Dr FRAUDET, Vichy.

*Dr G. FAIZAND, Chatellerault.

*Mme FAIZAND, Chatellerault.

Dr B. FLURSCHEIM, Paris.

Dr M. GIAMI, Villiers-sur-Marne.

Mme GIAMI, Villiers-sur-Marne.

Pr GAWALOWSKI, Prague.

Mme GAWALOWSKI, Prague.

Dr H. GOUGEROT, Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, Paris.

Mme GOUGEROT, Paris.

Dr R. GRILHAULT DES FONTAINES, Etrechy (S. et O.).

Mme R. GRILHAULT DES FONTAINES, Etrechy (S. et O.).

Dr GUÉGUEN, Professeur à la Faculté de Médecine et Pharmacie, Nantes.

M. Maurice GUIGON, Pharmacien, Sucy-en-Brie (Seine et Oise).

Mme Maurice GUIGON, Sucy-en-Brie (Seine et Oise).

Dr Jacques GUTTIERÈS, Paris.

Mme GUTTIERÈS, Paris.

*Dr Paul GUINAUDEAU, Fès (Maroc).

Dr HERMANS, Vice-Président de l'U. I. C. P. V., Rotterdam (Hollande).

M. R. HUGUET, Président de la Chambre Syndicale des Pharmaciens de Paris et de la Seine, Paris.

Dr HANSCHELL, Londres.

Mme HANSCHELL, Londres.

Dr JAYLE, Profeseur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille.

Dr JEANDELIZE, Professeur d'Ophtalmologie, Nancy.
M. Henry JOLY, Pharmacien de 1re Classe, Licencié ès Sciences, Pipriac (Ile-et-Vilaine).
Mme Henry JOLY, Pipriac (Ile-et-Vilaine).
Mme JOLY, Paris.
Dr Léon DE KEYSER, Bruxelles.
*Dr G. LACAT, Maladies des Yeux, Paris.
Mme LACROIX, Secrétaire-adjointe de l'Union Temporaire contre la Prostitution, Paris.
Dr LAMARCHE, Castres (Tarn).
Mme LAMARCHE, Castres (Tarn).
Mme LAIGNIER, Paris.
*Mlle Alice LAPASSET, Bourg-la-Reine.
*Dr J. LAZORTES, chirurgien-dentiste, Toulouse.
*Dr Xavier LECLAINCHE, Inspecteur du Ministre de la Santé Publique, Paris.
Dr Alphonse LEBLANC, Tournai (Belgique).
Mme Alphonse LEBLANC, Tournai (Belgique).
Dr Henri LENOIR, Saint-Ouen (Seine).
M. J. LEROY, Pharmacien, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).
Mme J. LEROY, et leur nièce, Mlle Colmant.
Dr LÉVY D'ARRAS, Evian.
Mme LÉVY D'ARRAS, Evian.
Dr MARBAIX, Tournai (Belgique).
Dr H. MAMOU, Paris.
Dr MARTIGNY, Secrétaire Général de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres, Médecin-Chef adjoint de l'Hôpital Léopold Bellan, Paris.
M. MAURIN Charles, Pharmacien, Nice.
Mme MAURIN Charles, Nice.
Dr Jacques MAWAS, Directeur du Laboratoire d'Ophtalmologie de l'Ecole des Hautes Etudes, Directeur Scientifique de la Fondation Ophtalmologique A. De Rothschild, Paris.
Dr MERCANTON, Montreux (Suisse).
Dr Georges MONTEL, Annecy.
Mme Georges MONTEL, Annecy.
Dr F. MORALI, Alger.
Mme F. MORALI, Alger.

M. Eugène MORO, Pharmacien, Puteaux (Seine).
Mme Eugène MORO.
Mlle Geneviève MORO, Pharmacienne, Courbevoie.
Dr G. MOURIQUAND, Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux Lyon (Rhône).
Mlle Hélène MOURIQUAND, Lyon.
Dr NOURY, Chef de Laboratoires à l'Institut Pasteur du Maroc, Casablanca.
Mme NOURY, Casablanca.
Pr Nicola PENDE, Professeur à la R. Universita di Roma, Sénateur du Royaume d'Italie, Rome.
Mme Anita PENDE, Roma.
Dr R. PAGÈS, Médecin spécialiste (ophtalmologie) des Hôpitaux du Maroc, Rabat.
*Dr PALLARES, Médecin-chef des Chemins de Fer Algérien, Oran.
Dr J. PASTOUR, Constantine.
Mme J. PASTOUR, Constantine.
Dr PAUFIQUE Louis, ex-Chef de Clinique à la Faculté, Ancien Interne des Hôpitaux, Lyon.
Mme PAUFIQUE, Lyon.
M. PENNE, Pharmacien, Aubervilliers (Seine).
Dr E. PERPÈRE, Ancien Président de la Société de Médecine de Paris, Le Mont-Dore.
M. Paul PETIT-JEAN, Pharmacien, Saint-Ouen (Paris).
*Dr A. PIERSON, Médecin-Directeur de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique, Ancien Chef de Clinique à la Faculté, Casablanca.
Dr REDSLOB, Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Mme REDSLOB, Strasbourg.
M. Jean REIZINE, Etudiant, Paris.
M. Charles PETIT-JEAN, Paris.
Dr Léonce SABADINI, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, Alger.
Mme SABADINI, Alger.
*Médecin-Capitaine SAKON, Erfould (Maroc).
Dr R. SCHNABELÉ, Plombières-les-Bains (Vosges).
Mme R. SCHNABELÉ, Plombières-les-Bains (Vosges).
Mlle Odile SCHNABELÉ, Plombières-les-Bains (Vosges).

Dr Jean SÉDAN, Médecin des Hôpitaux de Marseille.

Mme Jean SÉDAN, Marseille.

Dr SENEVET, Professeur de Parasitologie Faculté de Médecine d'Alger, Secrétaire Général de la Fédération des Sociétés Médicales de l'Afrique du Nord.

*M. R. SOURDILLE, Paris.

*Mme R. SOURDILLE, Paris.

*Dr Jean SERRET, Bordeaux.

*Mme Jean SERRET, Bordeaux.

M. SIMON Louis, Pharmacien, Chatou (Seine-et-Oise).

Dr A. SMATI, ex-Aide de Clinique Ophtalmologique à la Faculté Médecine d'Alger, Sétif.

*M. SOMMIÈRE, Docteur en Pharmacie, Licencié es-Sciences, ex-Chef de Travaux d'Analyses Biologiques, Bobigny.

Mlle Simone TABELLION, Etudiante en Pharmacie, Metz.

Dr J. TABONE, Institut Pasteur, Paris.

Dr E. TANT, Bruxelles.

Mme P. TERRASSE, La Garenne.

Dr TOULANT, Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine d'Alger.

Mlle Mady TOULANT, Alger.

Professeur Dottore Mario TRIPODI, Docente di Patologia Medica nelle R. Universita di Roma, Medico Primario dell'Ospedale Coloniale, Tripoli.

Mme TROTOT, Paris.

Mlle TROUÉ, Secrétaire de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, Paris .

Dr Maurice UZAN, Vals-les-Bains.

Mme Maurice UZAN, Vals-les-Bains.

*Dr R. VALENCE, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Alger.

*Dr VIALLEFONT, Montpellier.

M. VIAL, Vice-Président du Syndicat des Pharmaciens du Département d'Alger.

Mme VIAL, Alger.

M. ZÉVACO, Président du Syndicat des Pharmaciens du Département d'Alger.

TABLE DES MATIÈRES

COMMUNICATIONS

CONFERENCES

MANIFESTATIONS DU CONGRES